



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ENXAQUECA NA POPULAÇÃO
ADULTA DE PELOTAS, RS.**

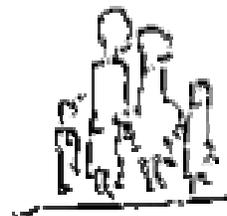
LUCIANE SCHERER PAHIM

PELOTAS

2004



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ENXAQUECA NA POPULAÇÃO
ADULTA DE PELOTAS, RS.**

LUCIANE SCHERER PAHIM

Dissertação apresentada ao
programa de Pós-graduação em
Epidemiologia da Universidade
Federal de Pelotas – UFPel, como
parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Ciências
(M.S)

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ANA MARIA BAPTISTA DE MENEZES

CO-ORIENTADORA: PROF^a DR^a ROSÂNGELA LIMA

PELOTAS, DEZEMBRO DE 2004.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

LUCIANE SCHERER PAHIM

Profª. Drª Ana Maria Baptista de Menezes (orientadora)
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

Profª. Drª Anaclaudia Gastall Fassa
Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Profª. Drª Iná Silva dos Santos
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

Profª Drª Liselotte Menke Barea
Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre - FFCMPOA

Agradecimentos

A Deus, pela força para seguir essa caminhada.

Ao Anderson, meu companheiro, amigo, que soube entender os grandes períodos de ausência e com carinho e compreensão sempre me incentivou a dar o próximo passo, tornando-se cada vez mais presente em minha vida.

Ao meu querido pai, que embora não esteja presente neste momento de minha vida, sempre me incentivou a buscar novos objetivos, estando sempre em meu coração.

À minha mãe Ione, pela sua eterna dedicação, pessoa maravilhosa e sempre presente em minha vida, ao meu irmão Edu e minha sobrinha Raquel, vocês sempre transmitiram força à minha caminhada e fazem parte desse sonho, amo vocês.

À minha estimada madrinha Cleone, pela sua amizade e incentivo.

À Ana Menezes, minha orientadora, pela amizade, paciência e atenção, por ser uma pessoa simples e presente, modelo de profissional.

À Rosângela, minha co-orientadora, pela atenção nas revisões, principalmente do projeto e análises.

Ao Dr Luiz Paulo de Queirós, pelos trabalhos que orientaram meus primeiros estudos e pelo incentivo e orientação nas primeiras dúvidas surgidas na formulação do trabalho, a minha amizade.

Aos colegas Giancarlo e Vera, pela amizade e auxílio constante, principalmente nos trabalhos de campo; vocês são pessoas especiais de quem com certeza, sempre guardarei boas lembranças e que contribuíram bastante para eu chegar até aqui.

Às colegas Maria Alice, Giceli, pela amizade e compartilhamento de momentos alegres e complicados, nos estudos aos finais de semana, juntamente com Cida, Celene e Denise, sempre prestativas e dedicadas.

Aos colegas Anelise e Arnildo, pela amizade e persistência que tiveram, pois como eu, tinham que enfrentar o deslocamento das viagens.

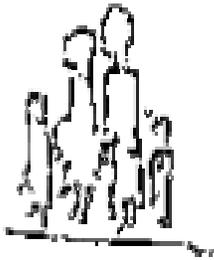
Aos demais colegas, todos os professores do Mestrado e aos funcionários do Centro de Pesquisas.

Aos monitores Pedrinho e Andréia, que incansáveis nos orientaram nos primeiros passos.

À CAPES e ao PROAP pelo financiamento do trabalho.

SUMÁRIO

1. Projeto de Pesquisa	10
2. Relatório do trabalho de campo	55
3. Artigo	67
4. Press-release	91
5. Anexos	93



1. PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ENXAQUECA NA
POPULAÇÃO ADULTA DE PELOTAS, RS.**

Projeto de Pesquisa

LUCIANE SCHERER PAHIM

ORIENTADORA: PROF^a DR^a ANA M. B. MENEZES

CO-ORIENTADORA: PROF^a DR^a ROSÂNGELA LIMA

Pelotas, setembro de 2003.

SUMÁRIO

1. Pesquisa Bibliográfica	11
1.1 Critérios de inclusão e exclusão de artigos	12
2. Justificativa	13
3. Revisão de Literatura	15
3.1 Enxaqueca	15
3.2 Impacto Social	16
3.3 Tratamento Profilático da enxaqueca	16
3.4 Metodologias dos estudos sobre cefaléias	17
3.5 Critérios de Classificação	17
3.6 Prevalências	20
3.7 Fatores associados à enxaqueca	20
3.7.1 Fatores Sociais e Demográficos	21
3.7.2 Fatores Precipitantes	23
4. Objetivos	25
4.1 Objetivo Geral	25
4.2 Objetivos Específicos	25
5. Hipóteses	25
6. Marco teórico	26
7. Modelo Teórico Hierarquizado	27
8. Modelo de Análise	28
9. Metodologia	29
9.1 Delineamento	29
9.2 População-alvo	29
9.3 Variáveis	29
9.3.1 Caracterização do desfecho	29
9.3.2 Operacionalização do desfecho	30
9.3.3 Caracterização das exposições	31
9.3.4 Operacionalização das exposições	31
9.4 Critérios de exclusão	31

10. Cálculo do tamanho da amostra	32
10.1 Cálculo do tamanho da amostra para prevalência	32
10.2 Cálculo do tamanho da amostra para associações	32
11. Amostragem	33
12. Instrumento	34
13. Seleção e treinamento das entrevistadoras	35
14. Estudo Piloto	35
15. Logística	35
16. Processamento e análise dos dados	36
17. Limitações do estudo	36
18. Controle de qualidade	36
19. Aspectos Éticos	37
20. Divulgação dos resultados	37
21. Cronograma	37
22. Orçamento	38
23. Referências Bibliográficas	39
24. Anexos	47
24.1 questionário	47
24.2 manual de instruções	48

1. Pesquisa Bibliográfica

Para realizar a revisão bibliográfica pelo método *on line*, não foi utilizado limite de tempo, buscando não excluir, caso existissem, alguns estudos clássicos sobre enxaqueca. Usaram-se as bases de dados MEDLINE (1966 a 2003), LILACS e *Web of Science* (1968 a 2003), com os seguintes descritores e conectores para busca:

- 1) *Migraine e epidemiology;*
- 2) *Headache e epidemiology;*
- 3) *(Migraine ou Headache) e risk factors;*
- 4) *Migraine e population surveillance;*
- 5) *Migraine e prevalence;*
- 6) *Migraine e population based;*
- 7) *Migraine e (alcohol consumption ou alcohol drinking);*
- 8) *Migraine e (smoking ou tabagismo);*
- 9) *Migraine e (age distribution ou age factors);*
- 10) *Migraine e oral contraceptives;*
- 11) *Migraine e menstruation.*

Os resultados da revisão bibliográfica podem ser vistos no Quadro 1.

Quadro 1 – Resultados da busca bibliográfica sobre enxaqueca

Base de Dados	Total artigos	Relevantes*
MEDLINE	616	112
LILACS	42	14
Web of Science	118	60
Total	776	186

* artigos que utilizavam classificação IHS.

1.1 Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Para a análise de prevalência, foram considerados os artigos que utilizavam o Critério IHS para classificação das cefaléias, incluindo os de revisão. Quanto ao estudo de associação, incluíram-se também artigos que não usassem o critério IHS. Empregaram-se outras fontes de pesquisas, como bibliotecas, livros e contato com autores para efetuar este trabalho.

2. Justificativa

A cefaléia é um sintoma comum na população, com prevalência ao longo da vida superior a 90,0% (11). Vários estudos demonstram um aumento de até 60,0% na prevalência de cefaléia nos últimos 10 anos (11,27), o que a torna um importante problema de saúde pública, tanto pelo número de pessoas que experimentam a dor quanto pelo efeito acarretado pela mesma sobre o trabalho e relações sociais (13).

Os primeiros estudos sobre cefaléia foram realizados em ambulatórios ou consultórios, em grupos com pouca representatividade, sem critérios claros para a sua definição (38).

Em 1988, com a criação da classificação das cefaléias (26) pela *International Headache Society* (IHS), os critérios clínicos tornaram-se operacionais e comparáveis, possibilitando a realização de estudos epidemiológicos e permitindo a análise da consistência dos achados. A partir dessa classificação, vários estudos vêm sendo realizados a fim de conhecer a distribuição, impacto, diagnóstico, tratamento e fatores de risco para a ocorrência das cefaléias.

As cefaléias podem ser classificadas em secundárias, quando constituem sintomas de outras afecções, ou primárias, quando não há uma causa subjacente, sendo essas as mais freqüentes. Dentre as cefaléias primárias, a enxaqueca é uma das mais prevalentes e também uma das mais incapacitantes, causando grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos.

Estudos consideram a enxaqueca mais incapacitante do que certas doenças, como hipertensão arterial, osteoartrite e diabetes, trazendo, além do prejuízo individual, um prejuízo econômico que repercute sobre o próprio indivíduo e sobre a sociedade, através de custos diretos (atenção médica, medicamentos, etc) e custos indiretos (diminuição da produtividade e falta ao trabalho) (12,17).

As prevalências de enxaqueca encontradas em diversos estudos são variadas, sendo que no Brasil, o único estudo de base populacional detectado, revelou 22,1% para a mesma, no último ano (52).

A pesquisa da epidemiologia da enxaqueca permite que se conheça sua distribuição na população e os fatores de risco para sua ocorrência o que leva ao planejamento de estratégias mais efetivas e de intervenções no campo da saúde pública.

Assim, um estudo de base populacional em Pelotas (onde a enxaqueca nunca foi estudada) permitirá identificar a prevalência de enxaqueca na população, bem como descrever seu comportamento e os possíveis fatores associados à ocorrência das crises.

3. Revisão de literatura

3.1 Enxaqueca

É definida como ataques recorrentes de cefaléia, de caráter pulsátil, localização unilateral, intensidade moderada e forte, que piora com atividades físicas rotineiras e presenças de náuseas e/ou vômitos ou fono e fotofobia (26).

A enxaqueca é considerada uma sensibilidade hereditária com reações neurovasculares a certos estímulos (35). Segundo Adams (2), caracteriza-se por episódios recorrentes de cefaléia, comumente unilateral, de qualidade pulsátil, com início das manifestações geralmente na infância, adolescência ou início da vida adulta.

Muitas têm sido as hipóteses, mecanismos e causas relacionadas às enxaquecas, tais como: alimentos, alergias, vasoespasmos, alterações serotoninérgicas, distúrbios plaquetários, distúrbios da barreira hemato-encefálica e origem psicogênica. Evidências indicam que é uma doença neurológica que se origina na intimidade do sistema nervoso, com bases genéticas (71, 32).

Os mecanismos fisiopatológicos da enxaqueca ainda não estão completamente esclarecidos. Para Vincent (71), em seu artigo de revisão, a alteração genética de um canal de cálcio cerebral específico provocaria um estado de hiperexcitabilidade, com metabolismo cerebral anormal, o que tornaria o Sistema Nervoso Central (SNC) mais susceptível a estímulos externos (como luminosos e alimentares) e internos (estresse emocional, por exemplo).

Conforme Krymchantowski e Moreira Filho (32), a enxaqueca é um distúrbio bioeletroquímico cerebral, possivelmente originado na ruptura do cromossomo 19p 13.1.

A enxaqueca pode manifestar-se com aura e sem aura. Com aura caracteriza-se por dormência, diminuição da força muscular em um lado ou parte do corpo, observação de pontos ou raios luminosos ou brilhantes, perda total ou parcial de uma parte do campo de visão (33).

3.2 Impacto Social

O impacto social e econômico provocado pela dor de cabeça e, particularmente, pela enxaqueca, na vida das pessoas, é imenso. Estima-se que, apenas nos Estados Unidos (EUA), os custos diretos da enxaqueca provocados por consultas e medicação estejam em torno de US\$

10 bilhões anuais, sem levar em conta os custos indiretos, provocados por falta ao trabalho e perda da produtividade (18).

Estudos europeus mostram que pessoas portadoras de enxaqueca perdem, em média, até quatro dias de trabalho por ano, em função das crises de dor, sem contar os dias que trabalham com dor, diminuindo sua produtividade. Além disso, os prejuízos sociais são incalculáveis, pois, a ansiedade pela possibilidade de uma nova crise leva ao hábito de evitar assumir compromissos profissionais, de lazer, convivência familiar e viagens (39).

No Canadá, um estudo avaliou os efeitos da última crise de enxaqueca, sendo verificado que 19,0% dos enxaquecosos faltaram ao serviço, 31,0% cancelaram atividades familiares e 30,0% deixaram de participar de atividades sociais (21).

Um estudo que avaliou 6006 pacientes, atendidos em unidades básicas de saúde, revelou que a enxaqueca foi a principal causa de atendimentos, dentre as cefaléias, ocupando 45,1% das consultas (10).

Em um estudo realizado na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, 71,1% dos casos de cefaléia eram de etiologia primária, considerando que a enxaqueca respondeu por 48,2% dos casos (12).

Em funcionários do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, foi observada a limitação social que os portadores da enxaqueca estão expostos; mais de 40% dos funcionários tinham medo de uma nova crise e pensavam constantemente na dor, o que revela ser a enxaqueca causa de grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, provocando diminuição de sua capacidade laborativa, com prejuízo econômico considerável (11).

3.3 Metodologias dos estudos sobre cefaléia

Vários estudos sobre cefaléia e enxaqueca vêm sendo realizados mundialmente. As classificações utilizadas, na maioria desses estudos, são variadas, o que dificulta a interpretação e comparação dos resultados (68, 57).

Existem alguns problemas metodológicos nos estudos epidemiológicos sobre cefaléias, como a subjetividade na definição dos tipos de cefaléia, a natureza episódica das cefaléias, a representatividade das populações, o método da coleta de dados e a análise estatística dos mesmos (56). Além disso, a enxaqueca é um distúrbio heterogêneo onde as crises variam na sua intensidade, duração, frequência e ocorrência de sintomas associados. Destaca-se também,

o “*recall bias*”, viés de rememoração ou lembrança que determina o efeito telescópico, ou seja, a tendência de relatar a ocorrência de eventos passados mais próximos ao tempo presente.

Os estudos de base populacional utilizam, como principal método, questionários (de autopreenchimento) enviados pelo correio; alguns realizam entrevistas diretas ou por telefone, ou ainda, através da Internet. A entrevista clínica com especialista em cefaléia é considerada o “padrão-ouro” para validação do instrumento, porém esse método é demorado e dispendioso, não sendo possível sua utilização na maioria dos estudos.

3.4 Critérios de Classificação

O primeiro critério sistemático para classificar as cefaléias foi criado em 1962 pelo *Ad Hoc Committee*, do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA. Em 1988, em San Diego, a *International Headache Society (IHS)* apresentou a classificação e critérios diagnósticos para cefaléias, neuralgias craniais e dor facial, sendo um avanço importante para o adequado reconhecimento e diagnóstico diferencial das mesmas. Segundo esse critério, as cefaléias foram divididas em 13 grupos diagnósticos (Quadro 2) com mais de 150 subtipos. O grupo 1 a 4 representa as primárias e o de 5 ao 12, as secundárias (52).

QUADRO 2 – Classificação das cefaléias, neuralgias cranianas e dor facial, de acordo com a IHS, 1988.

1. Enxaqueca
2. Cefaléia do tipo tensional
3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica
4. Cefaléias diversas não associadas a lesões estruturais
5. Cefaléia associada a trauma de crânio
6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares
7. Cefaléia associada a outros distúrbios intracranianos não-vasculares
8. Cefaléia associada a substâncias ou sua retirada
9. Cefaléia associada à infecção não-cefálica
10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico
11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio do crânio, pescoço, olhos, orelhas, seios paranasais, dentes ou a outras estruturas faciais ou cranianas
12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso
13. Cefaléia não classificável

Para a classificação da enxaqueca são utilizados os critérios apresentados no Quadro 3. Conforme Abu-Arefeh e Russel (1), o critério diagnóstico da enxaqueca, definido pela IHS, é amplamente aceito e tem sido aplicado com grande sucesso em estudos de epidemiologia da enxaqueca em adultos. Arruda et al (4) observaram baixa sensibilidade e alta especificidade dos critérios diagnósticos do IHS, em crianças e adolescentes.

QUADRO 3 – Critérios diagnósticos da enxaqueca sem aura, enxaqueca com aura e distúrbio enxaquecoso, de acordo com a IHS, 1988.

1.1 – Enxaqueca sem aura

A – Pelo menos cinco crises preenchendo critérios B-D

B – Crise de cefaléia durando 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso)

C – Cefaléia com, no mínimo, duas das seguintes características:

1. Localização unilateral
2. Qualidade pulsátil
3. Intensidade moderada ou severa
4. Agravada por atividade física rotineira

D – Presença de, no mínimo, um dos seguintes sintomas, durante a cefaléia:

1. Náuseas e/ou vômitos
2. Fotofobia e fonofobia

1.2 – Enxaqueca com aura

A – Pelo menos duas crises que satisfaçam o critério B

B – Pelo menos três das quatro características seguintes:

1. Um ou mais sintomas de aura totalmente reversíveis, que indicam disfunção focal cortical e/ou do tronco cerebral
2. Pelo menos um sintoma de aura que se desenvolva gradualmente em mais de 4 minutos, ou dois ou mais sintomas que ocorram em sucessão
3. Nenhum sintoma da aura que dure mais de 60 minutos
4. A cefaléia segue a aura com um intervalo livre inferior a 60 minutos

1.7 - Distúrbio enxaquecoso que não preenche os critérios acima

A – Preenche todos os critérios para uma das formas de enxaqueca acima, exceto um

B – Não preenche os critérios para cefaléia do tipo tensional

3.5 Prevalências

Nos estudos encontrados na literatura que utilizaram esta classificação internacional, observaram-se prevalências de enxaqueca de 1,0 a 28,0%, em diferentes países. Em países como Hong Kong e Etiópia é menor do que 5,0%. Na Dinamarca, França, Hungria, Estados Unidos, Chile e Peru variam de 5,0 a 10,0%; na Alemanha, Portugal, Suécia, Turquia e Tailândia variam de 10,0 a 20,0% e, em países como Suíça, Canadá e Coréia, alcançam valores entre 20,0 e 25,0% (15, 3, 69, 30, 58, 28, 5, 66, 37, 25, 51, 17, 42).

Para Stewart et al (68) que realizaram um estudo de meta-análise, essa variabilidade nas prevalências encontradas pode ser explicada pela diferença de sexo e idade nos estudos. Ele constatou, por meio de regressão linear, que o fator sexo é responsável por 15,0% da variação, e sexo adicionado à idade é responsável por 30,0% de variação nas estimativas de prevalência.

Em estudo feito recentemente em Omã, detectou-se uma prevalência de 10,1% (18). Na França, da mesma forma, observou-se uma prevalência de enxaqueca na população nacional, de 15 anos ou mais, de 7,9% para enxaqueca e 9,1% para distúrbio enxaquecoso (27).

No Brasil, em um estudo de base populacional, efetuado em Florianópolis, SC, com um questionário baseado nos critérios da *International Headache Society* (IHS), constatou-se uma prevalência de enxaqueca no último ano de 22,1% (52).

A prevalência e impacto da enxaqueca, em funcionários do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, foram avaliados por Bigal et al (11), que encontraram ao longo da vida 30,4%, anual 29,5% e mensal 27,6% de prevalências. Kowacs et al (31) avaliaram a prevalência e características clínicas da enxaqueca em uma população com visão prejudicada, em Curitiba, com idade entre 16 e 60 anos, tendo como critérios de inclusão a presença de cegueira total ou prejuízo visual severo e observaram uma prevalência ao longo da vida de 16,7%.

3.6 Fatores associados à enxaqueca

3.6.1 Fatores Sociais e Demográficos

A enxaqueca é uma cefaléia predominante no sexo feminino, o que pode ser evidenciado em vários estudos de base populacional, realizados em diversos países. Existe

alguma diferença na proporção de mulheres para homens, nos estudos revisados, devido às diferenças nas faixas etárias pesquisadas. Bánk & Márton (5), Wang et al (72) e Rasmussen (59) encontraram uma proporção de mulheres para homens de 3:1.

No Quadro abaixo (Quadro 4), podem ser observadas algumas prevalências anuais, conforme o sexo:

Quadro 4- Prevalência de enxaqueca conforme sexo e faixa etária

<i>Autor</i>	<i>Faixa Etária (anos)</i>	<i>Sexo (M:F) (%)</i>	<i>Amostra</i>
Stewart e col, 1992 (66)	12- 20	5,7: 17,6	populacional
Rasmussen, 1995 (56)	25- 64	6,0: 15,0	populacional
Sanvito e col, 1996 (62)	17- 43	13,0: 26,0	estudantes de medicina
Barea e col, 1996 (8)	10- 18	9,6: 10,3	escolares
Wang e col, 2000 (72)	15 ou mais	4,5: 14,4	populacional
Queiroz, 2001 (52)	15-64	14,2: 28,8	populacional
Dahlöf & Linde, 2001 (16)	18-74	9,5: 16,7	populacional
Henry e col, 2002 (27)	15 ou mais	4,0: 11,2	populacional
Deleu e col, 2002 (19)	10- 72	4,5: 5,6	populacional

Em relação à faixa etária, a prevalência de enxaqueca foi maior em adultos jovens no estudo de Lipton (39) e Rasmussen (55).

Conforme Dirk Deleu (19), a enxaqueca predominou na idade de 30 anos. Wang et al (73) observaram a mais alta prevalência entre os 30 e 34 anos (21,1%), nas mulheres, e, no sexo masculino, entre 25 a 29 anos (8,3%). Craig (14) notou um decréscimo de prevalência a partir dos 45 anos de idade, semelhante a Raymond et al (54) que relataram uma maior prevalência na faixa etária dos 33 aos 44 anos.

Queiroz (52), avaliando a prevalência de enxaqueca no último ano, por faixa etária e sexo, encontrou a enxaqueca mais prevalente nas mulheres do que nos homens, em todas as faixas etárias, porém, essa diferença foi estatisticamente significativa dos 35 aos 54 anos, não sendo significativa dos 15 aos 34 anos. No sexo feminino, houve dois picos de prevalência: nas faixas etárias de 35-44 anos e de 55-64 anos, com prevalências de 35,4% e 38,7%, respectivamente. No sexo masculino, observou uma prevalência de 20,5% entre os 25 e 34 anos.

Segundo Stewart et al (66), a prevalência de enxaqueca começa a decrescer a partir dos 30 anos, nos homens, e ao final dos 40 anos, nas mulheres. Afirmam também que a presença de enxaqueca varia de acordo com a raça, sendo encontrada uma prevalência maior da mesma em brancos (20,4%) em relação aos não-brancos (africanos e asiáticos: 16,2% e 9,2%, respectivamente). Waters (73) ressalta que, nos países da África, a prevalência de enxaqueca é menor do que na Europa e EUA.

Alguns estudos demonstram uma maior prevalência de enxaqueca em níveis socioeconômicos mais baixos (67, 34), sendo que outros não evidenciam tal associação (36, 65, 16, 47).

Stewart et al (66) encontraram um pico de prevalência de 40% para a menor renda e de 22% para a maior renda.

No Brasil, Queiroz (52) observou uma tendência linear, ou seja, quanto menor a renda familiar, maior a prevalência de enxaqueca e distúrbio enxaquecoso; os indivíduos entrevistados que consumiam menos de 48,3 kWh reportaram 1,54 vezes mais enxaqueca do que aqueles que consumiam mais de 105,5 Kwh de energia.

Um estudo populacional na França (28) concluiu que a enxaqueca foi mais comum na classe média, enquanto um estudo americano (66) revelou que mulheres de meia idade, que trabalhavam em casa, tinham riscos aumentados de apresentarem enxaqueca.

Queiroz (52) descobriu uma prevalência de enxaqueca 60,0% maior em indivíduos separados ou viúvos em relação aos solteiros; entretanto, outros estudos não verificaram tal associação (58, 44, 34).

3.6.2 Fatores precipitantes

Geralmente a enxaqueca é multifatorial, sendo os fatores precipitantes necessários, mas não suficientes para iniciar uma crise (64, 55).

Alguns estudos têm relatado elevada influência de fatores alimentares precipitantes (46, 22, 29), sendo que outros não manifestam esses achados (55, 5).

Rasmussen (59) ressalta que essas associações são difíceis de demonstrar, pela mudança de hábitos dos indivíduos que experimentam os ataques de enxaqueca, e ainda sugere, a existência de um limiar de dose do fator, para que a precipitação da dor aconteça.

Na literatura, são destacados inúmeros alimentos, bebidas e aditivos que são considerados precipitantes da enxaqueca, tais como: queijos, chocolate, frutas cítricas, glutamato monossódico, alimentos gordurosos, sorvetes, bebidas alcoólicas, carnes (tiamina), cachorro-quente, enlatados (nitritos), feniletilamina, frutas cítricas (principalmente laranja, limão, abacaxi e pêsego), lingüiças, salsichas e alimentos de coloração avermelhada em conserva (nitritos e nitratos usados como conservantes), frituras e aspartame (45, 43, 53).

Savi et al (63) avaliaram o papel dos alimentos em desencadear cefaléias, inclusive enxaqueca, em 309 pacientes, sendo que 1/3 deles relatou suscetibilidade a certos alimentos, entre os quais os mais citados foram chocolate, queijo e álcool.

O estudo de Van den Bergh (70) observou que 44,7% dos pacientes mencionaram alimentos como fatores precipitantes, à semelhança do estudo citado anteriormente.

Peatfield et al (50) avaliaram 490 pacientes com enxaqueca: desses, 19,0% indicavam o chocolate como fator precipitante, 18,0% para queijo, 11,0% para frutas cítricas, 21,0% para bebidas de álcool e 31,0% das mulheres consideraram os contraceptivos orais como precipitadores da enxaqueca.

Vários autores convergem afirmando que, menarca, menstruação, uso de contraceptivo oral, menopausa, gravidez e reposição hormonal, são eventos que alteram os níveis hormonais, podendo causar uma mudança na prevalência ou intensidade das cefaléias, principalmente da enxaqueca (64, 41, 7, 20).

O uso de contraceptivo oral, dependendo de sua composição, pode diminuir ou aumentar a manifestação da enxaqueca, mudar o padrão e frequência de seus ataques e, em alguns casos, não ocasionar mudanças significativas. Além da composição do contraceptivo oral, a variabilidade individual contribui para que o mesmo se torne precipitante, agravante ou até mesmo, não precipite a enxaqueca (6, 7, 9, 61).

Ierusalimscchy e Moreira Filho (29) observaram que 45,8% das mulheres que faziam uso de contraceptivo oral tiveram um aumento nas crises de enxaqueca.

No estudo de Lu et al (40), que avaliou a prevalência de enxaqueca em adolescentes de 13 a 15 anos, um número significativo delas relatou que suas dores foram precipitadas por menstruação. Rasmussen (55) afirma que 70,0% das mulheres têm enxaqueca relacionada ao ciclo menstrual, sendo 67,0% nos dois primeiros dias antes da menstruação, 28,0% durante a menstruação e somente 5,0% no meio do ciclo.

Dzolja (20) observa que 51,0% das mulheres que sofrem de enxaqueca têm suas crises no primeiro dia do ciclo menstrual, tempo de mais alta flutuação nos níveis de estrógeno. Ressalta também que estudantes com enxaqueca tiveram ataques mais frequentes e maior exarcebação (68,0%) do que estudantes com cefaléia (30,0%).

Muitas mulheres melhoram da enxaqueca espontaneamente na menopausa, voltando a piorar quando iniciam a reposição hormonal estrogênica (33).

O tabagismo, também é considerado um fator precipitante, sendo apontado em dois estudos (29, 70).

Fatores comportamentais como alimentação, bebidas e tabagismo não serão avaliados no presente estudo devido às limitações do estudo transversal, possibilidade de causalidade reversa e também às restrições no número de questões no instrumento a ser utilizado.

Além desses fatores citados anteriormente, estresse, jejum, falta de uma das refeições, redução ou excesso de horas dormidas, fadiga, distúrbios emocionais, esforço físico, mudanças de clima e altitude, tensão muscular, tensão emocional e cheiros fortes são outros possíveis fatores precipitantes de um ataque de enxaqueca (5, 54, 55, 49, 70, 60, 48, 23); tais fatores deixarão de ser analisados aqui, pois não fazem parte deste estudo.

4. Objetivos

4.1 Objetivo geral

Identificar a prevalência de enxaqueca no último ano, em adultos da cidade de Pelotas, e alguns fatores de risco a ela associados.

4.2. Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência de enxaqueca no último ano, em adultos da cidade de Pelotas;
- Avaliar alguns fatores de risco para enxaqueca, tais como:
 - faixa etária;
 - sexo;
 - cor da pele;
 - nível socioeconômico;
 - anticoncepcional hormonal;
 - menstruação;

5. Hipóteses

- A prevalência de enxaqueca na população adulta de Pelotas é próxima a 20%;
- Os fatores de risco para enxaqueca são:
 - faixa etária até os 40 anos de idade;
 - sexo feminino;
 - cor da pele branca;
 - baixo nível socioeconômico;
 - utilização de anticoncepcional hormonal;
 - menstruação.

6. Marco Teórico

O modelo empregado demonstra uma cadeia de determinantes hierarquizados, os quais influenciam de forma distal ou proximal a ocorrência do desfecho.

Como determinantes distais estão as características socioeconômicas (nível econômico e renda), as características demográficas (idade, sexo, cor da pele, situação conjugal), características hereditárias (história familiar). A evolução da história natural da doença envolve inter-relações entre agentes etiológicos (predisposição hereditária) da doença, características individuais, que estimulam o desenvolvimento da enxaqueca e condições socioeconômicas que permitem a existência de fatores precipitantes (33).

O nível econômico será avaliado através dos critérios estipulados pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME-ANEP). Segundo a ABIPEME, as pessoas são classificadas em grupos conforme os bens de consumo: categorias A, B, C, D e E. Características demográficas podem influenciar na prevalência de enxaqueca, uma vez que, muitos estudos apontam predisposição maior para a cor da pele branca, idade jovem e sexo feminino. As características socioeconômicas, independentes dos fatores demográficos, atuam em um mesmo nível desses, sendo as pessoas de nível socioeconômico mais baixo mais suscetíveis à manifestação da enxaqueca, segundo alguns estudos.

No nível mais proximal, encontram-se os fatores hormonais, como pílula anticoncepcional e menstruação. Nas mulheres, os fatores hormonais em muitos casos precipitam as crises e podem estar influenciando a diferença nas proporções da enxaqueca entre homens e mulheres (mulheres com proporções bem superiores).

Vários fatores comportamentais podem ser descritos como precipitantes das enxaquecas, entre eles: alguns alimentos, bebidas alcoólicas e tabagismo. As características de trabalho e psicológicas também são citadas na literatura como fatores associados à enxaqueca (11, 19).

7. Modelo Teórico Hierarquizado

Características Socioeconômicas
Nível socioeconômico

Características Demográficas
Idade Sexo Cor da pele

Características Hereditárias
História familiar

Características Comportamentais
Alimentação
Tabagismo
Bebidas

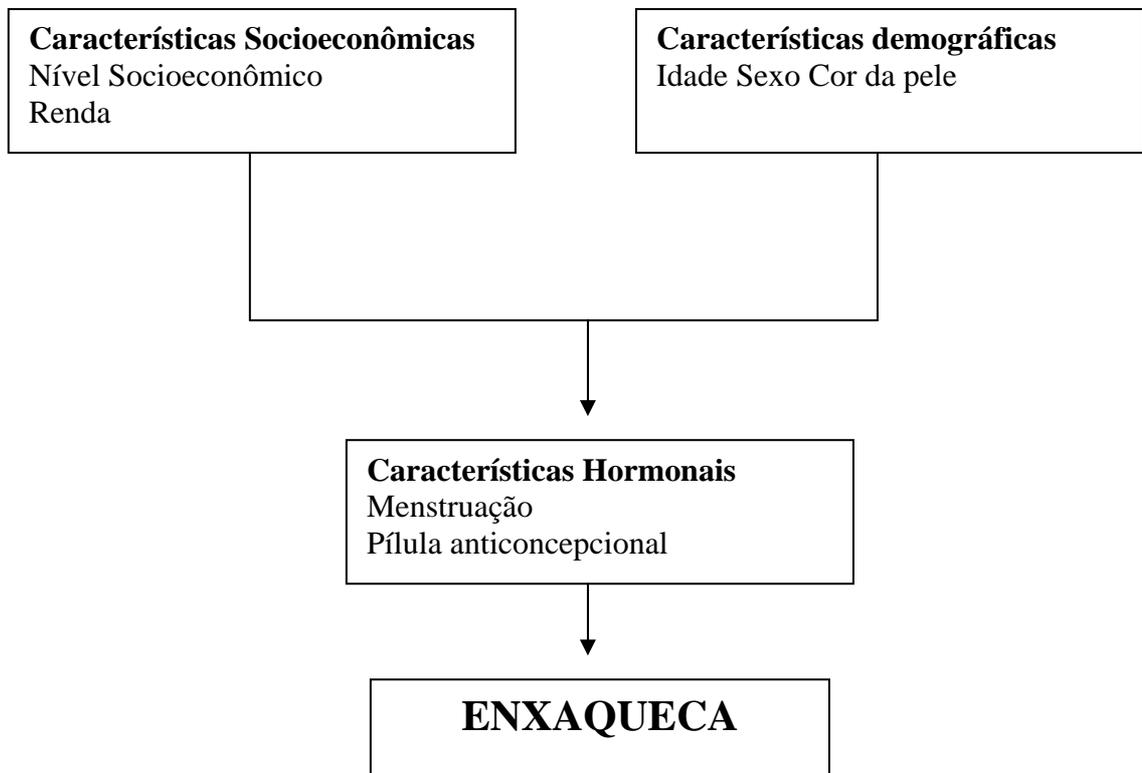
Características de trabalho
Tipo de ocupação
Jornada de trabalho
Ambiente de trabalho

Características Hormonais
Menstruação
Pílula anticoncepcional

Características Psicosociais
Stress
Tensão
Ansiedade

ENXAQUECA

8. Modelo de Análise



9. Metodologia

9.1 Delineamento

Para verificar a prevalência de enxaqueca na população adulta de Pelotas, propõe-se um estudo transversal. Sendo a enxaqueca uma doença comum, o delineamento transversal é o mais adequado, e, além disso, permite o estudo de associações. Outras vantagens desse delineamento são a possibilidade da elaboração de novas hipóteses, o baixo custo e rapidez de sua realização.

9.2 População-alvo

A população do estudo será constituída por pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 20 a 64 anos, residentes na área urbana de Pelotas. As variáveis menstruação e anticoncepcional hormonal serão avaliadas na população feminina de 20 a 49 anos.

9.3 Variáveis:

9.3.1 Caracterização do desfecho

Através de um questionário, seguindo a Classificação da “*International Headache Society (IHS)*”, a dor de cabeça será denominada enxaqueca, quando apresentar pelo menos cinco ataques de dor de cabeça, com duração em média de 4 horas a 3 dias (não tratadas ou tratadas sem sucesso), com pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou severa e agravada por atividade física rotineira. No período da dor, deverão estar presentes pelo menos um dos seguintes sintomas: náuseas e/ou vômitos, piora da dor com a luz (fotofobia) e piora da dor com o som (fonofobia).

9.3.2 Operacionalização do desfecho

Quadro 5- Operacionalização do desfecho

<i>Variável</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Escalas</i>
Presença de cefaléia	Dor de cabeça	sim/ não
Caracterização da cefaléia para posterior classificação segundo critérios da IHS	Perguntada apenas aos indivíduos que acusarem cefaléia no último ano, considerando o tipo de cefaléia mais freqüente	
	Frequência dos ataques	Escala ordinal menos de 5 5 ou mais
	Duração dos ataques, se não toma medicação ou se esta não funciona	Escala ordinal de 1 a 4 horas de 4 horas a 3 dias mais de 3 dias
	Localização da cefaléia	Qualitativa nominal somente em um dos lados da cabeça; às vezes em um, às vezes em outro lado da cabeça ou dos dois lados da cabeça.
	Tipo de dor	Qualitativa nominal latejante/ pulsátil; em pressão ou aperto; em físgadas / pontadas; outro
	Intensidade da dor	Qualitativa nominal não atrapalha atividades do dia-a-dia; atrapalha um pouco; atrapalha totalmente as atividades do dia-a-dia.
	Piora da cefaléia com esforços físicos rotineiros	Categórica binária não /sim
	Sintomas associados com a cefaléia	Qualitativa nominal Náuseas: não/ sim Vômitos: não / sim Fotofobia: não/ sim Fonofobia: não/ sim

Quadro 6- Caracterização das exposições

Variável	Tipo de variável
1.Características demográficas Sexo Idade Cor da pele	categórica binária numérica discreta categórica
2.Características socioeconômicas ABIPEME/ANEP	categórica ordinal
3.Características hormonais anticoncepcional hormonal menstruação	categórica binária categórica binária

9. 3. 4 Operacionalização das exposições

- **Sexo:** masculino ou feminino;
- **Idade:** números completos de anos vividos pelo indivíduo; posteriormente, será agrupada por décadas;
- **Cor da pele:** branca, não branca;
- **Nível Socioeconômico:** segundo classificação ABIPEME (A, B, C, D e E).
- **Anticoncepcional Hormonal (somente para mulheres):** uso de pílula ou injeção para não engravidar.
- **Menstruação (somente para mulheres):** menstruar regularmente nos últimos três meses.

9. 3. 5 Critérios de exclusão

Pessoas institucionalizadas (asilos, hospitais, presídios) não farão parte da amostra.

10. Cálculo do tamanho da amostra

10.1 Cálculo do tamanho da amostra para prevalência

Quadro 9- Cálculo do tamanho da amostra com prevalência estimada de enxaqueca de 20,0%, diferentes percentuais de erro e nível de significância de 95,0%

Nível de Confiança	Erro aceitável (pontos percentuais)	Tamanho da amostra
95,0%	3,0%	682
95,0%	2,5%	982
95,0%	2,0%	1534

Acredita-se que, para uma prevalência estimada de 20,0% ,é razoável aceitar um erro de três pontos percentuais, obtendo-se um cálculo de tamanho de amostra em torno de 682 pessoas. Ajustando-se esse número para o efeito do delineamento da amostragem por conglomerados de 1,2 conforme o estudo de Queirós (2001) e mais um acréscimo de 10,0% para perdas , o tamanho da amostra necessário será de 900 indivíduos.

10.2 Cálculo do tamanho da amostra para associações

A tabela abaixo mostra os cálculos para as diferentes exposições a serem estudadas, considerando um poder de 80,0%, um nível de confiança de 95,0%, um risco relativo maior ou igual a 2,0 e uma prevalência geral de enxaqueca de 20,0%.

Tabela 1. Cálculo do tamanho da amostra para as respectivas associações

Variável	Razão não exposto /exposto	Frequência de exposição	Prevalência de enxaqueca nos não expostos	Tamanho da amostra	Amostra acrescentada de 10% para perdas	Acréscimo de 15% para fatores de confusão
Nível D e E	7:3	32,0%	15,0%	307	338	388
Cor da pele branca	3:17	85,0%	15,0%	547	602	692
Idade de 20 a 39 anos	3:2	44,0%	15,0%	273	300	345
Sexo feminino	1:1	51,0%	15,0%	266	292	336
Pílula anticoncepcional	3:2	55,0%	15,0%	273	300	345
Menstruação	2:8	80,0%	15,0%	434	477	549

A exposição que exigiu maior tamanho da amostra foi a variável cor da pele, pois com acréscimos para perdas e fatores de confusão, alcançou um valor de 692 indivíduos; esse

número acrescido de 1,2 correspondente ao efeito de delineamento, resultou em 830 indivíduos, com um poder de 80,0%, nível de confiança de 95,0%, e risco relativo de no mínimo 2,0.

Utilizando o último censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como fonte, verificou-se uma média de 1,82 indivíduos por domicílio na faixa etária de 20 a 64 anos, o que resultaria em 456 domicílios necessários a fim de alcançar a amostra exigida.

A associação entre anticoncepcional hormonal e menstruação com enxaqueca será avaliada na faixa etária de 20 a 49 anos. A pílula anticoncepcional exigiu uma amostra de 345 mulheres que acrescida do efeito de delineamento (1,2), totalizou 414 mulheres. O último censo do IBGE verificou a média de 0,8 mulheres nessa faixa etária em cada domicílio. Portanto, seriam necessários 518 domicílios para contemplar essa amostra.

Para a variável menstruação, necessita-se de uma amostra de 549 mulheres ou 659 com o efeito de delineamento, sendo necessários 824 domicílios.

Em razão do consórcio, o tamanho da amostra deverá ser suficiente para atender as necessidades de todos os mestrandos. Sendo assim, decidiu-se visitar cerca de 1440 domicílios, o que abrange o tamanho de amostra necessário para o estudo da enxaqueca.

11. Amostragem

O Programa de Pós-graduação em Epidemiologia do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas tem suas pesquisas desenvolvidas através de um sistema denominado Consórcio. O Consórcio consiste da participação conjunta de todos os mestrandos no trabalho de campo, desde a seleção das entrevistadoras até a análise, com um questionário único reunindo as perguntas de interesse dos mesmos. Esse sistema permite um ótimo treinamento dos mestrandos para a realização de pesquisas, além de possibilitar menores custos na realização de seus projetos. Apresenta também a vantagem de encurtar o tempo de execução do trabalho de campo, evitando atrasos nas entregas das dissertações.

Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos objetivos gerais e específicos de seus projetos, incluindo estimativas para prevalência e associação. Optou-se pela utilização da amostra por conglomerados, utilizando-se para definição dos mesmos, a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000.

A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria de 1400, considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle dos fatores de confusão. Em função da necessidade de reduzir os efeitos de delineamento encontrados em estudos anteriores que utilizaram 20 domicílios por setor, decidiu-se amostrar 10 domicílios em cada um dos setores selecionados. A fim de obter-se um número igual de setores para os 16 mestrandos, participantes do consórcio, decidiu-se visitar 144 setores (9 setores por mestrando), resultando num total de 1440 domicílios.

Os 404 setores censitários da zona urbana de Pelotas (tendo sido excluídos 4 setores especiais) foram listados, conforme a ordem crescente da renda média do chefe da família e foi calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor. O número total de domicílios (92407) foi dividido por 144, de forma a obter-se o pulo (de 642) para a seleção sistemática a ser realizada. O número 88, selecionado aleatoriamente, entre 1 e 642, ficou sendo o primeiro setor a ser incluído na amostra. A este número foi adicionado 642, de forma que o segundo setor selecionado foi o que abrangia o domicílio 730. Esse processo foi repetido até que o número obtido superasse o total de domicílios. Nesse ponto, 144 setores haviam sido selecionados. Essa amostragem sistemática de setores, ordenados pela renda média do chefe do domicílio equivale a um processo de estratificação.

A seleção de domicílios dentro de cada setor selecionado seguiu uma lógica semelhante à seleção dos setores. O número de domicílios do setor registrado pelo Censo Demográfico de 2000 foi dividido por 10 (o número de domicílios desejados), de forma a obter-se o pulo. Um número entre 1 e o pulo de cada setor foi determinado de forma aleatória, sendo este o primeiro domicílio. Os seguintes foram determinados pela adição do valor do pulo, repetindo o processo até o fim do setor, que estudado teve seus domicílios enumerados para esta seleção, sendo que a estratégia descrita acima foi aplicada à lista obtida para cada setor. Quando o número de domicílios, encontrados nesses superou o previsto pelo Censo 2000, o que foi verificado pelas batedoras, foram selecionados nesses setores um número maior que os dez domicílios inicialmente planejados. O oposto ocorreu naqueles em que houve diminuição no número de domicílios, que eram quase raros, o que garantiu uma amostra no mínimo de 1440 domicílios.

12. Instrumento

Será utilizado no presente estudo um questionário estruturado, segundo os critérios da IHS, baseado no questionário utilizado por Rasmussen et al (1991) e Queiroz (2001) para classificação da enxaqueca. Além disso, serão acrescentadas questões sobre fatores hormonais (exclusivamente para o sexo feminino, como menstruação e uso de anticoncepcional hormonal) e questões sócio-demográficas.

13. Seleção e treinamento das entrevistadoras

As entrevistadoras serão do sexo feminino, selecionadas através de formulário de inscrição e entrevista. Posteriormente, estas serão treinadas pelos mestrandos, a fim de padronizar e qualificar a coleta de dados. O treinamento constará de técnica de dramatização e entrevista, que se realizará em três fases: leitura do questionário e manual de instruções, dramatização das entrevistas e entrevistas acompanhadas. A última fase do treinamento constará de um estudo piloto.

14. Estudo Piloto

Será realizado em um setor censitário da população alvo, não incluído posteriormente no estudo, com a finalidade do treinamento das entrevistadoras, ajuste da sistemática da coleta de dados, treinamento da codificação, preparação e teste do banco de dados, preparação da análise de consistência dos dados e análise preliminar dos dados obtidos.

15. Logística

O quartel general (QG) do consórcio será na Faculdade de Medicina e cada mestrando deverá supervisionar setores e entrevistadores. Semanalmente, os entrevistadores entregarão os questionários aos mestrandos responsáveis no QG e receberão passagens e indicação dos novos domicílios a serem visitados. Cabe ao mestrando revisar cada questionário e codificar questões em aberto. As pessoas que recusarem participar da pesquisa, nesse primeiro momento, receberão novas visitas do entrevistador (no mínimo 3) e, como última tentativa, ainda uma visita do supervisor; somente a partir desse momento, serão consideradas recusas definitivas. Os supervisores têm que ser ativos na reversão de perdas e recusas. O próprio entrevistador deverá revisar e codificar o questionário após cada entrevista; cada mestrando será responsável também pela revisita a 10,0% da amostra para o controle de qualidade. As

perguntas do controle de qualidade serão escolhidas individualmente pelo mestrando, respeitando alguns critérios de escolha, como: variáveis que não modifiquem facilmente com o tempo, que sejam pouco invasivas e que sejam importantes para cada tipo de investigação.

16. Processamento e análise dos dados

Após a revisão dos questionários, os dados serão codificados e digitados duas vezes pelo programa EPI INFO 6 .0. A análise dos mesmos será realizada com os softwares STATA 7.0 e SPSS 8.0 . Inicialmente será feita uma análise descritiva para caracterizar a amostra; posteriormente, serão efetuadas análises bivariadas, com teste T para comparação de médias, Qui-quadrado e de Tendência Linear. A magnitude de associação será avaliada, através do cálculo de razões de prevalências, com seus respectivos intervalos de confiança (95%). Na análise multivariada, será realizada regressão de Poisson ou regressão logística para controle das variáveis de confundimento, com base no modelo de análise proposto no presente projeto.

17. Limitações do Estudo

- Será avaliada a cefaléia do último ano, levando em consideração apenas a dor de cabeça mais freqüente; geralmente, o indivíduo lembra da cefaléia mais recente ou da mais intensa e incapacitante;
 - Diagnóstico baseado em informações do paciente;
 - Alguns indivíduos poderão estar fazendo tratamento adequado para enxaqueca, o que poderá subestimar a prevalência da mesma;
 - O critério diagnóstico IHS constitui-se em um problema para definição da duração da dor, pois muitos pacientes tomam analgésicos logo no início da dor.
 - Uma grande variedade de fatores de risco não poderão ser estudados devido à restrição no número de perguntas do consórcio.

18. Controle de qualidade

O controle de qualidade será desenvolvido em três etapas. Será, inicialmente realizada uma revisão pós-entrevista, pelo entrevistador, próximo à residência do entrevistado. Semanalmente, o mestrando analisará junto com o entrevistador os questionários aplicados

durante a semana. Serão reaplicadas 10% das perguntas pré-selecionadas, a 10% dos entrevistados.

19. Aspectos Éticos

Todos os indivíduos entrevistados receberão informações sobre os objetivos da pesquisa, garantindo-se sigilo quanto às informações. Pedir-se-á um Consentimento Informado aos participantes da entrevista. O projeto será submetido ao Comitê de ética da UFPel.

20. Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados através de um artigo (requisito para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia). Posteriormente, os principais resultados serão publicados em periódicos científicos e da imprensa, sendo depois divulgados para a Secretaria de Saúde do município.

21. Cronograma

ANO	2003											2004										
Meses	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração dos instrumentos de coleta de dados					X	X	X															
Estudo pré-piloto								X														
Seleção e treinamento das entrevistadoras								X														
Definição da amostra e coleta de dados								X	X	X												
Codificação, revisão e digitação dos dados								X	X	X												
Preparação da edição dos dados											X	X										
Análise dos dados													X	X	X	X						
Redação																X	X	X	X	X		
Divulgação dos resultados																						X

22. Orçamento

Serão imprescindíveis materiais de consumo para realização do projeto, tais como: papel para confecção dos questionários, mapas, folhas de conglomerados, pranchetas, apontadores, lápis, borracha, crachás, sacola para carregar o material, grampeador, grampos, disquetes, papel de impressora, *toner*, etiquetas e outros materiais.

O presente projeto faz parte de um consórcio de mestrandos do programa de Pós-graduação em Epidemiologia 2003/2004, sendo que os custos para sua realização serão financiados pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Gastos que excederem o orçamento disponível serão cobertos pelos mestrandos do consórcio.

23. Referências Bibliográficas:

1. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *Bmj* 1994; 309(6957):765-9.
2. Adams R, Victor M. Principles of neurology. 4 ed. New York: McGraw Hill; 1989.
3. Alders EEA, Hentzen A, Tan CT. A community-based prevalence study on headache in Malaysia. *Headache* 1996; 36(6): 379-384.
4. Arruda M, Bordini C, Ciciarelli M, Speciali J, Arruda L. Cefaléia crônica na infância: avaliação dos critérios diagnósticos das IHS: uma proposta de modificação. *Migrêneas e Cefaléias* 2000; 3(4): 125.
5. Bank J, Marton S. Hungarian migraine epidemiology. *Headache* 2000; 40(2):164-169.
6. Becker WJ. Migraine and oral contraceptives. *Can J Neurol Sci* 1997; 24(1):16-21.
7. Becker WJ. Use of oral contraceptives in patients with migraine. *Neurology* 1999; 53(4 suppl 1):S19-25.
8. Barea LM, Tanhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1996; 16(8): 545-9
9. Benson MD, Rebar RW. Relationship of migraine headache and stroke to oral contraceptive use. *J Reprod Med* 1986; 31(12):1082-8.
10. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache* 2000;40(3):241-247.

11. Bigal ME, Fernandes LC, Moraes FA, Bordini CA, Speciali JG. Prevalência e Impacto da migrânea em funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(2B):431-6.
12. Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos Hospitalares das cefaléias em uma Unidade de emergência pública brasileira -*Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(3A):664-70.
13. Boardman HF, Thomas E, Croft PR, Millson DS. Epidemiology of headache in an English district. *Cephalalgia* 2003; 23(2):129-137.
14. Craig A, Molgaard MPH, Rothrock J, Stang PE, Golbeek AL. Prevalence of migraine among Mexican Americans in San Diego, California: Survey1. *Headache* 2002; 42:878-882.
15. Cheung RTF. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000; 40(6):473-479.
16. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population- based study in adults. *Cephalalgia* 2001; 21(6):664-671.
17. Dahlöf C. Assessment of health-related quality of life in migraine. *Cephalalgia* 1993; 13:233-237.
18. de Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine. Present state of knowledge. *Neurology* 1994; 44(6 Suppl 4):S56-62.
19. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al Mantheri Z, Al Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of headache in a rural community in Oman.; *Headache* 2002; 42(10):963-73.
20. Dzoljic E, Sipetic S, Vlajinac H, Marinkovic J, Brzakovic B, Pokrajac M, Kostic V. Prevalence of menstrually related migraine and nonmigraine primary headache in female students of Belgrade University. *Headache* 2002; 42(3):185-193.

21. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behaviour, and medication use: a Canadian population survey. *Can J Neurol Sci* 1993;20(2):131-7.
22. Egger J, Carter CM, Wilson J, Turner MW, Soothill JF. Is migraine food allergy? A double-blind controlled trial of oligoantigenic diet treatment. *Lancet* 1983; 2(8355): 865-9.
23. Farias da Silva W, Van der Linden AM, Marco OS. Fatores desencadeantes ou agravantes de crises de enxaqueca: estudo em 235 pacientes. 1979; 36:495-98.
24. Ferreti L, Alves P, Galindo C, Inoue S, Santos P, Picchi J, Simone R, Fukutaki F, Martori A, Silva T, Pelá A, Melgis L, Corrêa M. características epidemiológicas das cefaléias em usuários da Internet, 1997 -1998. São Paulo: Faculdade de Medicina de Marília; 2003.
25. Göbel H, Petersenbraun M, Soyka D. The Epidemiology of Headache in Germany - a Nationwide Survey of a Representative Sample on the Basis of the Headache Classification of the International-Headache-Society. *Cephalalgia* 1994; 14(2):97-106.
26. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl. 7).
27. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lanteri-Minet M, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, El Hasnaoui A. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002; 59(2):232-7.
28. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. GRIM. *Cephalalgia* 1992; 12(4):229-37; discussion 186.

29. Ierusalimschy R, Moreira Filho PF. Precipitating factors of migraine attacks in patients with migraine without aura. *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60(3-A):609-13.
30. Jaillard AS, Mazetti P, Kala E. Prevalence of migraine and headache in a high-altitude town of Peru: A population-based study. *Headache* 1997; 37(2):95-101.
31. Kowacs PA, Piovesan EJ, Lange MC, Werneck LC, Tatsui CE, Ribas LC, Scapucin L, Marques LE, Moreira AT. Prevalence and clinical features of migraine in a population of visuality impaired subjects at Curitiba, Brazil. *Neurology* 2001;56(8):A138-A138.
32. Krymchantowski A, Ferreira Filho P. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2b):513-19.
33. Krymchantowski, A. Você tem dor de cabeça? Um guia para compreender e buscar solução para sua dor de cabeça. 1995; Imago Ed.
34. Kryst S, Scherl E. A population-based survey of the social and personal impact of headache. *Headache* 1994; 34(6):344-50.
35. Lance JW. Current concepts of migraine pathogenesis. *Neurology* 1993; 43(6 Suppl 3):S11-5.
36. Launer LJ, Terwindt GM, Ferrari MD. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology* 1999; 53(3):537-42.
37. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of migraine headache in Santiago, Chile: a prevalence study. *Cephalalgia* 1997; 17(7):770-777.
38. Lipton RB. Epidemiology of migraine and other primary headache disorders. In: Gorelick P, Alter M, editors. *Handbook of neuroepidemiology*. New York: Marcel Dekker; 1994. p. 357-79.

39. Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology of migraine. *Eur Neurol* 1994; 34 Suppl 2:6-11.
40. Lu SR, Fuh JL, Juang KD, Wang SJ. Migraine prevalence in adolescents aged 13-15: a student population-based study in Taiwan. *Cephalalgia* 2000; 20: 479-485.
41. MacGregor EA, Guillebaud J. Migraine and stroke in young women. Authors' results suggest that all types of migraine are contraindications to oral contraceptives. *BMJ* 1999; 318(7196):1485; author reply 1486.
42. Martin S. Prevalence of migraine headache in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2001;164(10):1481-1481.
43. Martins O, Rafaelli Junior. , *Dor de cabeça: o que se diz o que se sabe*. 4 ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
44. Merikangas KR, Whitaker AE, Isler H, Angst J. The Zurich Study .23. Epidemiology of Headache Syndromes in the Zurich Cohort Study of Young-Adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1994; 244(3):145-152.
45. Millichap JG, Yee MM. The diet factor in pediatric and adolescent migraine. *Pediatr Neurol* 2003; 28(1):9-15.
46. Monro J, Brostoff J, Carini C, Zilkha K. Food allergy in migraine. Study of dietary exclusion and RAST. *Lancet* 1980; 2(8184):1-4.
47. O'Brien B, Goeree R, Streiner D. Prevalence of migraine headache in Canada: a population-based survey. *Int J Epidemiol* 1994;23(5):1020-6.
48. Oliveira DR, Higashi R, Krymchantowski AB, Hergert SM, Vieira RMR, Moreira NLM, Higashi L. Ambulatório de cefaléias do INDC/UFRJ. *Migrâneas e Cefaléias* 2002; 5(3).

49. Paulin JM, Waal-Manning HJ, Simpson FO, Knight RG. The prevalence of headache in a small New Zealand town. *Headache* 1985; 25(3):147-51.
50. Peatfield RC, Glover V, Littlewood JT, Sandler M, Clifford Rose F. The prevalence of diet-induced migraine. *Cephalalgia* 1984;4(3):179-83.
51. Pereira Monteiro J. Cefaléias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 1995.
52. Queiroz LP. Um estudo epidemiológico da cefaléia no distrito sede do município de Florianópolis, SC [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
53. Rabelo GD. Aspectos clínicos e terapêuticos das cefaléias agudas. *Medicina (Ribeirão Preto)*; 30(4):458-71.
54. Raymond TF, Cheung MBBS. Prevalence of migraine, tension-type headache and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000; 40:473-479.
55. Rasmussen BK. Migraine and Tension-Type Headache in a General-Population – Precipitating Factors, Female Hormones, Sleep Pattern and Relation to Life-Style. *Pain* 1993; 53(1):65-72.
56. Rasmussen BK. Epidemiology of migraine. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 1995; 49(10):452-455.
57. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15(1):45-68.
58. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of Headache in a General-Population - a Prevalence Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991; 44(11):1147-1157.

59. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Interrelations between Migraine and Tension-Type Headache in the General-Population. *Archives of Neurology* 1992; 49(9):914-918.
60. Robbins L. Precipitating factors in migraine: a retrospective review of 494 patients. *Headache* 1994; 34(4):214-6.
61. Ryan RE. A controlled study of the effect of oral contraceptives on migraine. *Headache* 1978; 17(6): 250-1.
62. Sanvito WL, Monzillo PH, Peres MF, Martinelli MO, Fera MP, Gouveia DA. The epidemiology of migraine in medical students. *Headache* 1996; 36(5):316-9.
63. Savi L, Rainero I, Valfre W, Gentile S, Lo Giudice R, Pinessi L. Food and headache attacks. A comparison of patients with migraine and tension-type headache. *Panminerva Med* 2002; 44(1):27-31.
64. Silberstein S, Merriam G. Sex hormones and headache 1999 (menstrual migraine). *Neurology* 1999; 53(4 Suppl 1):S3-13.
65. Steiner TJ, Stewart WF, Kolodner K, Liberman J, Lipton RB. Epidemiology of migraine in England. *Cephalalgia* 1999; 19(4):305-306.
66. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama* 1992; 267(1):64-9.
67. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996; 47(1):52-9.

68. Stewart WF, Simon D, Shechter A, Lipton RB. Population variation in migraine prevalence: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1995;48(2):269-80.
69. Tekle Haimanot R, Seraw B, Forsgren L, Ekblom K, Ekstedt J. Migraine, chronic tension-type headache, and cluster headache in an Ethiopian rural community. *Cephalalgia* 1995;15(6):482-8.
70. Van den Bergh V, Amery WK, Waelkens J. Trigger factors in migraine: a study conducted by the Belgian Migraine Society. *Headache* 1987; 27(4): 191-6.
71. Vincent, MB. Fisiopatologia da enxaqueca. *Arq. Neuropsiquiatr* 1998; 56(4): 841-851.
72. Wang JS, Fuh JL, Young YH, Lu SR, Shia BC. Prevalence of migraine in Taipei, Taiwan: a population-based survey . *Cephalalgia* 2000; 20(6):566.
73. Waters WE. Headache and demographic factors. In: Olesen J, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p. 278-93.

24. Anexos

24. 1 Questionário

AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO

1. Desde <mês> do ano passado o Sr (a) teve dor de cabeça? (0) não <i>SE NÃO PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO</i> (1) sim	EDORC _____
2. Quantos ataques de dor de cabeça o Sr (a) teve desde <mês> do ano passado? (0) menos de 5 ataques (1) 5 ataques ou mais (9) IGN (8) NSA	EATAQ _____
3. De um modo geral, se o Sr (a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram: (1) de 1 a 4 horas (2) mais de 4 horas a 3 dias (3) mais de 3 dias (9) IGN (8) NSA	EDUR _____
4. Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é: (1) somente em um dos lados da cabeça (2) às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça (3) dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo (9) IGN (8) NSA	ELOC _____
5. Essa dor de cabeça, de um modo geral, é: (1) latejante/ pulsátil (2) em pressão ou aperto (3) em fisgada ou pontada (4) outro (9) IGN (8) NSA	ETIP _____
6. Essa dor de cabeça, de um modo geral: (0) não atrapalha suas atividades do dia-a-dia (1) atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia (2) atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia (9) IGN (8) NSA	EATIV _____

<p>7. Quando o Sr (a) sente dor de cabeça: Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Ela piora na presença de luz ou claridade? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Ela piora com barulhos? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA</p>	<p>ENAU _____ ECLAR _____ EBARU _____ EPIAT _____</p>
---	--

Somente para mulheres de 20 a 49 anos:

<p>8. A senhora tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação? (0) não (1) sim</p>	<p>EMEN____</p>
<p>9. A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar? Se não pule a próxima questão (0) não (1) sim</p>	<p>EPIL____</p>
<p>10. O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça? (0) não (1) sim (3) não sabe (4) NSA</p>	<p>EAUM____</p>

24.2 Manual de Instruções

PERGUNTA 1. Desde <mês> do ano passado o Sr (a) teve dor de cabeça?

(0) não (1) sim

A pergunta deve ser lida, sendo que a palavra <mês> deverá ser substituída pelo mês que está sendo realizada a pesquisa. Portanto o “sim” corresponderá à presença de alguma dor de cabeça desde a mesma data do ano anterior até a data atual e o “não” a ausência de dor nesse mesmo período.

PERGUNTA 2. . Quantos ataques de dor de cabeça o Sr (a) teve desde <mês> do ano passado?

(0) menos de 5 ataques

(1) 5 ataques ou mais

(9) IGN

(8) NSA

A pergunta deverá ser lida e as opções também, substituindo-se da mesma forma que a questão anterior, a palavra <mês> pelo mês que está sendo realizada a pesquisa. A palavra ataque compreenderá o momento que inicia a dor até ela parar; um ataque pode durar horas ou até dias, no caso da pessoa deitar com dor de cabeça e acordar ainda com dor de cabeça, embora a dor possa ser mais fraca, ainda é a mesma dor, portanto corresponderia a um ataque. Deve sempre existir um espaço de tempo sem dor de cabeça entre um ataque e outro.

PERGUNTA 3. De um modo geral, se o Sr (a) não toma remédio ou se o remédio não adianta, esses ataques de dor de cabeça duram:

(1) de 1 a 4 horas

(2) mais de 4 horas até 3 dias

(3) mais de 3 dias

(9) IGN

(8) NSA

Ler a pergunta . Se a pessoa referir que sempre toma remédio, cuidar a opção, pois se ela toma remédio e o remédio não aliviar a dor, deve-se perguntar novamente, até a pessoa escolher uma das alternativas.

Caso a pessoa tome remédios e estes funcionem, aliviando a dor deve-se marcar a opção (4) sempre toma remédio e alivia a dor.

Caso o (a) entrevistado (a) não lembrar ou não souber dizer a resposta após algumas leituras, usa-se (9) IGN.

PERGUNTA 4. Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é:

- (1) somente em um dos lados da cabeça**
- (2) às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça**
- (3) dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo**
- (4) IGN
- (5) NSA

Ler a pergunta e as alternativas. Repetir novamente até o (a) entrevistado (a) escolher uma opção entre as alternativas.

Pergunta 5 . Essa dor de cabeça, de um modo geral, é:

- (1) latejante/ pulsátil**
- (2) em pressão ou aperto**
- (3) em fisgada ou pontada**
- (4) outro**
- (9) IGN
- (8) NSA

Ler a pergunta e alternativas. Ler novamente. Se houver dificuldade no entendimento podem ser usados os seguintes termos:

Latejante= que lateja

Pulsátil = que pulsa, como a batida do coração.

Em pressão ou aperto= como se tivesse um peso

Fisgada ou pontada = fincada

Ler novamente depois das explicações, para que o (a) entrevistado (a) escolha sua opção.

Pergunta 6. Essa dor de cabeça, de um modo geral:

- (0) não atrapalha suas atividades do dia-a-dia**
- (1) atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia**
- (2) atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia**
- (9) IGN
- (8) NSA

Ler a pergunta e alternativas. Caso haja dúvida no que são atividades do dia-a-dia, explique que são atividades de rotina, realizadas no trabalho, em casa, com os filhos..Atrapalhar um pouco significa que a pessoa fica mais abatida com a dor, mas mesmo assim consegue ir ao trabalho ou fazer suas atividades. Atrapalhar totalmente significa que a pessoa não consegue ir ao trabalho ou fazer suas tarefas domésticas, etc.. fica impossibilitada por causa da dor. Não atrapalha significa que a dor passa rápido, não chegando a influenciar na rotina diária.

Pergunta 7. Quando o Sr (a) sente dor de cabeça:

Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA

Ela piora na presença de claridade? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA

Ela piora com barulhos? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA

Ela piora com atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, abaixar-se? (0) não (1) sim (9) IGN (8) NSA

Ler as perguntas. Caso haja alguma dúvida podem-se utilizar:

Vontade de vomitar =náusea

Barulhos = ruídos ou sons

Leia a pergunta novamente até a pessoa escolher uma alternativa.

Pergunta 8. A senhora tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?

(0) não

(1) sim

Ler a pergunta. Se a entrevistada não entender a pergunta repita-a claramente. Esclarecer que “sim” significa que a entrevistada apresenta uma das condições ou as duas condições ao mesmo tempo e “não”, que a entrevistada não apresenta dor de cabeça nesse período relacionado à menstruação.

Pergunta 9. A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar? Se não pule a próxima questão

(0) não

(1) sim

Ler a pergunta. Se a entrevistada não entender repita-a claramente, marcando a alternativa correspondente.

Pergunta 10. O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?

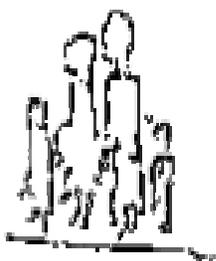
(0) não

(1) sim

(3) não sabe

(4) NSA

Se na questão anterior a resposta foi não. Marca-se na questão NSA. Caso a senhora tenha utilizado injeção ou pílula para não engravidar leia a questão. Se houver dúvida, leia novamente. Caso a entrevistada não afirme com exatidão se aumenta ou não, marque a alternativa não sabe.



2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Consórcio de pesquisa 2003/2004

LUCIANE SCHERER PAHIM

Março/2004

1. Introdução

O trabalho de campo foi realizado através de um consórcio de pesquisa entre os mestrandos do curso de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, o qual se caracterizou por ter sido feito em conjunto, desde a elaboração do instrumento de pesquisa (questionário), até o planejamento e criação do banco de dados.

O questionário foi elaborado com perguntas gerais, de interesse de todos os pesquisadores e perguntas específicas conforme o interesse de cada um. O planejamento do trabalho de campo envolveu a divisão de tarefas, tais como: seleção das auxiliares de pesquisa (batedoras e entrevistadoras), contratação de digitadores e arquivista, treinamento do pessoal, divulgação da pesquisa na imprensa local, confecções de etiquetas, supervisão do controle de qualidade, impressão de questionários, supervisão dos erros de codificação, administração dos recursos financeiros, validação dos dados, teste da inconsistência dos dados, entre outros.

Os objetivos desse trabalho em conjunto são a maior agilidade na execução do mesmo, a diminuição dos custos e um melhor controle de qualidade. O presente relatório descreve essas atividades desenvolvidas para a realização de um estudo transversal de base populacional, na zona urbana da cidade de Pelotas.

2. Elaboração do Instrumento de Pesquisa

O instrumento de pesquisa, utilizado para a coleta de dados, constituiu-se de um questionário, elaborado pelos pesquisadores, formulado com 228 questões, distribuídas em quatro blocos, constituídas das questões específicas: o Bloco A, aplicado às crianças de 3 a 9 anos 11 meses e 29 dias, ou as suas mães, com 28 questões de acordo com os interesses específicos de alguns mestrandos (variáveis socioeconômicas, comportamentais, demográficas e de saúde); o bloco B, aplicado a adolescentes de ambos os sexos, de 10 a 19 anos 11 meses, e 29 dias, com 54 questões de acordo com interesses específicos de alguns mestrandos (variáveis socioeconômicas, comportamentais, demográficas e de saúde); o bloco C, aplicado aos adultos, 20 anos ou mais, com 130 questões, referentes aos interesses da maioria dos mestrandos (variáveis socioeconômicas, comportamentais, demográficas e de saúde); o bloco D, respondido apenas por um morador do domicílio (preferencialmente a dona de casa), contendo questões socioeconômicas e familiares. Cada entrevistadora possuía uma planilha de

domicílio e uma folha de conglomerado, com os domicílios a serem visitados pela entrevistadora, no setor específico.

3. Manual de Instruções

Paralelamente à redação do questionário, foi elaborado um manual de instruções, para auxiliar as entrevistadoras no trabalho de campo. Esse instrumento de registro abordava considerações gerais em relação à realização de entrevistas domiciliares, cuidados, métodos de abordagem, reversão de recusas, instruções gerais para o preenchimento dos questionários e instruções específicas por blocos.

4. Amostragem

Foi realizado o processo de amostragem em múltiplos estágios. Inicialmente, houve a amostra por conglomerados, definidos a partir da grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico. Realizou-se o sorteio de 144 dos 409 setores de Pelotas, estratificados em relação à renda média do responsável pelo domicílio, e, posteriormente, listaram-se todos os domicílios de cada um dos 144 setores, sendo esses classificados quanto ao status de ocupação (residência, comércio ou desabitado). Após listagem dos domicílios elegíveis, (exclusão dos desabitados e puramente comerciais), selecionaram-se sistematicamente 10 casas de cada setor, totalizando 1440 domicílios e uma previsão inicial de 4608 pessoas elegíveis para a amostra (com três anos ou mais de idade).

5. Seleção das batedoras

Com o objetivo de facilitar o trabalho de campo, foi efetuada uma seleção para batedoras, com a função de atualização dos dados dos domicílios sorteados e classificação do status de ocupação das residências. Todo esse processo facilitaria o trabalho da entrevistadora, que receberia o endereço da residência a ser visitada, juntamente com o nome das pessoas e idade das mesmas, bem como telefone para contato e horário de preferência das entrevistas, além de uma carta de apresentação, explicando o trabalho a ser desenvolvido. Além disso, o mesmo diminuiria o viés de seleção, que poderia ocorrer caso ficasse a cargo da entrevistadora a realização do sorteio do domicílio.

As bateras foram selecionadas através do preenchimento de fichas de inscrição, na secretaria do Centro de Epidemiologia. Os funcionários e conhecidos foram avisados de que poderiam divulgar a contratação para o trabalho entre pessoas interessadas em realizar essa atividade, desde que, estas se enquadrassem nas seguintes condições: tempo livre de 40 horas, mínimo de 18 anos, ensino médio completo e sexo feminino. Ainda foram critérios de seleção, a escrita das candidatas, o tempo disponível e a prévia participação em trabalhos dessa natureza. Todas as pessoas que se enquadravam nesses critérios participaram de um treinamento na tarde de 22 de setembro de 2003. Depois do treinamento, foram selecionadas 32 candidatas, que iniciariam o trabalho. Vinte candidatas ficaram como suplentes, caso fosse necessário chamar mais pessoas para a execução do trabalho. No treinamento, foram dadas todas as orientações dos códigos a serem utilizados, como residência ®, comércio © ou casa desabitada©, ressaltou-se a importância de verificar com atenção o número da casa, a rua e, caso não tivesse número, anotar características para identificação nas observações. Foi orientada também a postura, como lidar com as pessoas, o tipo de roupa adequada, e a forma mais correta de seguir os setores, fechando quadras e numerando-as.

6. Reconhecimento dos Setores Censitários

Após a análise da logística a ser desenvolvida, buscou-se, através do programa Stata, um sorteio dos 144 setores que fariam parte da pesquisa. Todos esses, de acordo com o ponto de partida inicial estabelecido pelo último censo, seriam vasculhados por “bateras” que teriam a função de verificar o número de domicílios, que pertenciam, atualmente, ao setor, bem como a localização de novos domicílios, casas sem moradores (aluguel/venda/abandonada) ou comércios sem moradia e com moradia anexadas.

Cada mestrando ficou responsável por duas bateras, que deveriam cobrir o total de nove setores. Depois de recebida a listagem dos domicílios habitados, foi-lhes dada uma numeração. Fez-se um sorteio aleatório, pelo programa Stata, para determinar o ponto inicial (o primeiro domicílio a ser selecionado) e, a partir daí, de acordo com o pulo de cada setor, que foi estabelecido pelo número total de domicílios do censo, divididos por 10, obteve-se a listagem dos domicílios de cada setor.

7. Carta de apresentação

Após seleção dos domicílios da amostra, os mestrandos foram às residências sorteadas de seus respectivos setores, com o objetivo de entregar uma carta de apresentação que continha informações a respeito do trabalho desenvolvido pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL e do estudo a ser realizado pelos mestrandos. Neste contato, além da apresentação formal do pesquisador, foram obtidos dados relativos ao número de moradores da residência, bem como, idade e sexo dos mesmos, um número de telefone para contato e o melhor horário para a visita da entrevistadora.

8. Seleção das entrevistadoras

Foram selecionadas 77 candidatas, 32 iniciaram a coleta de dados, 45 ficaram como suplentes. Divulgou-se a seleção através do jornal “Diário Popular”. Procurou-se ter contato com entrevistadoras que haviam participado de pesquisas anteriores do Centro de Pesquisa, através do telefone, verificando se teriam algum interesse em participar da seleção. As interessadas deveriam preencher uma ficha de inscrição, com currículo resumido, horários disponíveis, além de anexarem foto 3 x 4, na secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O processo de seleção foi realizado em várias etapas, as quais são explicadas abaixo:

8.1 Análise dos currículos resumidos: os critérios pré-estabelecidos, para inclusão das candidatas, nessa fase inicial, foram: ser do sexo feminino, idade igual ou superior a 18 anos, possuir ensino médio completo e disponibilidade de 40 horas semanais, inclusive finais de semana, dando preferência a quem possuía experiência prévia em pesquisa ou trabalho com público, além da verificação da letra da candidata na ficha de inscrição, que deveria ser preenchida à mão. Nessa primeira seleção foram aprovadas 77 candidatas para a fase seguinte do processo de seleção.

8.2 Treinamento das entrevistadoras: as 77 candidatas, aprovadas na primeira etapa do processo de seleção, submeteram-se a um treinamento de 40 horas. Este treinamento aconteceu no período de 20 a 24 de outubro de 2003, na Faculdade de Medicina da UFPel, e as selecionadas participaram de uma prova prática, realizando um piloto, em visitas domiciliares, sob supervisão dos mestrandos. Avaliaram-se individualmente as candidatas. Ao final do treinamento, estas foram submetidas a uma prova teórica sobre conteúdos abordados no

treinamento. As 32 candidatas que tiveram as melhores notas na prova prática e teórica foram selecionadas para o trabalho de campo, e 45 para suplentes em caso de desistências ou demissões.

9. Etapas do treinamento

9.1 Apresentação geral: Inicialmente foi realizada a apresentação dos mestrandos e da coordenadora do trabalho de campo. A seguir ministrou-se uma aula introdutória onde foram abordados os seguintes temas: histórico resumido do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, importância da pesquisa voltada à saúde, descrição do consórcio de pesquisa, esclarecimentos sobre remuneração das entrevistadoras, carga horária, importância da entrevistadora na pesquisa, postura básica da entrevistadora; situações comuns encontradas no trabalho de campo; aspectos específicos de ser entrevistadora.

9.2 Conhecimento do instrumento de pesquisa: Logo após, realizou-se a leitura do manual de instruções, com orientações gerais, plantões, inclusões/ exclusões, definições e etapas do trabalho de campo, além de orientações sobre o preenchimento dos questionários (números e letras padrão), folhas de conglomerado e planilha de domicílio.

9.3 Conhecimento e entendimento do manual de instrução: Cada mestrando foi responsável pela leitura explicativa de sua parte específica do manual de instruções e esclarecimento de dúvidas. Houve também a explicação do bloco domiciliar por um dos mestrandos.

9.4 Dramatizações: Foram realizadas dramatizações, de variadas formas, primeiramente mestrando entrevistando pessoas da população (na sala de treinamento) e candidatas entrevistando outras candidatas, sempre sob supervisão.

9.5 Logística do trabalho de campo: Foi explicada toda a logística do trabalho de campo (piloto), a ser realizado no dia 23 de outubro.

9.6 Prova Prática: O penúltimo dia do treinamento consistiu-se das entrevistas domiciliares, pelas candidatas, supervisionadas pelos mestrandos. No último dia, pela manhã, as entrevistadoras que não haviam realizado, pelo menos uma aplicação do bloco C e do bloco B ou bloco A, juntamente com o bloco D, deveriam fazê-las, sob supervisão. Estas entrevistas foram efetuadas num setor censitário, não incluído posteriormente na amostra.

9. 7 Prova teórica: No último dia de treinamento, as candidatas foram submetidas a uma prova teórica que constou de questões relativas aos conteúdos desenvolvidos durante a semana. A nota da prova teórica, mais a avaliação da prova prática, conduta, pontualidade, apresentação, comunicação e motivação forneceram subsídios para a seleção final das entrevistadoras que fizeram parte do trabalho de campo.

10. Estudo Pré-Piloto

O estudo pré-piloto realizou-se no mês de julho de 2003, com a reunião dos questionários de todos os mestrandos. Os próprios pesquisadores foram a campo para testar o instrumento, e houve um treinamento rápido, em que os mestrandos explicaram sua parte específica do questionário. Para a realização do pré-piloto, foi escolhido um setor, que não iria fazer parte da amostra, de nível econômico médio-baixo. Esse foi dividido em quarteirões, e cada mestrando deveria visitar de 4 a 5 domicílios. Ao final desse pré-piloto, verificou-se terem sido feitas 196 entrevistas, sendo 22 no Bloco A, 33 no Bloco B e 141 no Bloco C. Através do pré-piloto fez-se um levantamento de falhas, dúvidas e reformulação das questões, para manter uma boa qualidade do trabalho a ser desenvolvido. Esta experiência também serviu de subsídio a ser repassado às entrevistadoras, quando no treinamento destas.

11. Estudo Piloto

O estudo Piloto realizou-se como parte do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras, e também com a finalidade de ajuste da sistemática da coleta de dados, treinamento da codificação e análise inicial. A partir de um setor censitário, que não estava incluído na amostra, cada mestrando foi a campo, com um grupo de candidatas e avaliou-as durante entrevistas completas. Este estudo aconteceu de 23 e 24 de outubro de 2003.

12. Logística do trabalho de campo

12. 1 Coleta de dados

Durante o período de 29 de outubro a 21 de dezembro de 2003, foi realizada e previamente divulgada esta pesquisa nos principais meios de comunicação da cidade de Pelotas. Visitaram-se um total de 1554 domicílios, nos 144 setores censitário da amostra,

sendo que, cada mestrando ficou responsável por supervisionar 2 entrevistadoras e 9 setores censitários.

Para a coleta dos dados, as entrevistadoras apresentavam-se em cada domicílio, portando uma carta de apresentação idêntica a que foi, anteriormente, entregue pelos pesquisadores, crachá de identificação, cópia da reportagem publicada no jornal Diário Popular e todo o material necessário para a entrevista. Este material consistia de: lápis, borracha, apontador, planilhas de domicílios, folhas de conglomerado, blocos de questionários A, B, C e domiciliar, folha plastificada relativa à pesquisa específica de atividade física, bloco de fotos de alimentos relativo à pesquisa específica de alimentação infantil, balança e estadiômetro. Este material era colocado em uma sacola fornecida a cada entrevistadora.

Entrevistaram-se individualmente os moradores de cada domicílio cuja idade era igual ou superior a três anos. As entrevistadoras receberam orientação para realizarem em média seis a oito entrevistas por dia e codificarem os questionários ao final de cada dia de trabalho, visitando 1530 domicílios, com 4639 pessoas elegíveis. Houve 139 perdas e recusas, totalizando, 4500 pessoas entrevistadas. Destas, 580 eram crianças, 820 adolescentes e 3100 adultos.

12.2 Acompanhamento do trabalho de campo

Inicialmente, reuniões semanais entre os mestrandos e as entrevistadoras foram necessárias para esclarecer dúvidas em relação ao questionário, manual de instrução e logística do trabalho de campo. Essas reuniões se tornaram desnecessárias, à medida que foram esclarecidos os principais questionamentos a respeito do trabalho.

Semanalmente, houve reuniões entre entrevistadora e seu supervisor, conforme escala previamente determinada. Nestas, eram entregues os questionários feitos na semana anterior, os quais eram revisados, etiquetados e entregues a uma arquivista responsável pela divisão dos mesmos, em lotes, que seriam encaminhados à primeira digitação. Eram esclarecidas dúvidas quanto à codificação das variáveis, respostas do questionário e logística do estudo, e, ainda, reforçado o uso do manual de instruções, controladas as planilhas de conglomerado e domiciliar, verificado o seguimento rigoroso da metodologia da pesquisa, calibrada a balança e repostos o material utilizado. Semanalmente, com as entrevistadoras, era avaliada se a produção de entrevistas estava dentro do previsto e entregue folhas de exclusão, perdas e recusas, para conferência e posterior tentativas de reversão, quando fosse o caso.

Além das reuniões, cada entrevistadora recebeu um cartão telefônico a fim de comunicar-se com seu supervisor para esclarecimento de alguma dúvida e, aos finais de semana, foi elaborada uma escala de plantões, para que as mesmas pudessem dispor de um supervisor, caso fosse preciso. As atividades do consórcio tinham como local uma sala destinada para tal fim, a qual estava sob responsabilidade de uma arquivista, que organizava todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos.

12.3 Codificação

A coluna da direita do questionário, onde estavam as variáveis, foi utilizada para codificação. O preenchimento era feito pelas entrevistadoras, ao final de cada dia, e, posteriormente, revisado pelo supervisor responsável. Um grupo de mestrandos fez a verificação de parte dos questionários revisados de cada um dos pesquisadores como forma de controle de qualidade. Os questionários que apresentaram problemas foram novamente revisados.

12.4 Digitação

A digitação teve início logo após o recebimento e revisão dos primeiros questionários entregues pelas entrevistadoras. Utilizou-se o programa EpiInfo 6.0 para a entrada dos dados e a digitação foi efetuada por uma equipe de dois digitadores sob supervisão de uma arquivista, que recebia os questionários, dividia-os em lotes e os liberava para a digitação que, sendo dupla, gerou um terceiro arquivo capaz de detectar possíveis erros, que foram corrigidos, com base na resposta original do questionário.

Após, os dados foram transferidos para o programa estatístico Stata 8.0 através do software Stat Transfer 5.0, tornando-se parte do banco de dados que serviria de base para posterior análise.

12.5 Análise das inconsistências

Durante a organização do banco de dados do estudo, cada mestrando construiu uma série de comandos baseados nas prováveis respostas que deveriam ser encontradas nas variáveis específicas do seu questionário para detectar possíveis inconsistências entre as respostas. Através do programa Stata 8.0, foi rodado o programa de inconsistências e, à medida que este programa era executado verificou-se a existência de inconsistências, que foram corrigidas, através de busca no questionário. Quando o questionário não era suficiente

para solucionar as inconsistências encontradas, fez-se necessário o retorno do supervisor ao domicílio correspondente.

12. 6 Controle de qualidade

A qualidade dos dados coletados foi prioridade, desde o período que antecedeu o campo e durante sua realização. Para tal, houve cuidados desde a seleção das entrevistadoras, testagem do questionário padronizado (pré-piloto e piloto), elaboração dos manuais (detalhando instruções e exemplificando), treinamento das entrevistadoras e supervisão permanente, durante o trabalho de campo. Para o controle de qualidade posterior às entrevistas, houve re-entrevistas, sendo utilizado um questionário padronizado. Esse continha identificação, data da entrevista, endereço, código do supervisor e da entrevistadora, com 17 perguntas chave dos estudos desenvolvidos, sendo aplicado pelos mestrandos a 10% dos domicílios visitados pelas entrevistadoras, no prazo máximo de 7 dias após a visita domiciliar da mesma (Anexo 5). O questionário proporcionaria a realização do Teste de Kappa, através das perguntas-chave de cada mestrando.

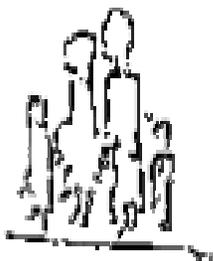
13. Perdas, recusas e exclusões

Foram consideradas perdas ou recusas todos os indivíduos da amostra que, depois de três visitas da entrevistadora e, pelo menos, uma do supervisor de campo, não responderam ao questionário. As principais razões para perdas ou recusas foram causadas por indivíduos que não se encontravam no domicílio na ocasião das visitas; outros, alegaram falta de tempo para responder ao questionário ou se negaram a responder por opção pessoal. Também foram consideradas perdas, quando os indivíduos, no período da coleta de dados, se encontravam impossibilitados de responder por estarem viajando, doentes, etc.

A proporção final geral de perdas e recusas do consórcio de pesquisa foi de 3% (139 pessoas) Dessa, 6,2% foram do sexo masculino e 3,7% do sexo feminino. As exclusões caracterizaram-se por indivíduos não elegíveis para o estudo, de acordo com critérios pré-estabelecidos, entre os quais: doentes mentais, moradores do domicílio com idade inferior a 20 anos ou superior a 65 anos, indivíduos que estivessem morando temporariamente no local ou empregadas domésticas que não dormissem no emprego. No total, foram excluídos 47 indivíduos (1,01%), sendo 23 do sexo masculino e 24 do sexo feminino. De acordo com os blocos, houve 41 exclusões para o bloco C, 5 para o bloco B e 1 para o Bloco A.

14. Cronograma do Trabalho de Campo

Ano	2003								2004		
	Meses	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar
Elaboração do instrumento de pesquisa	X	X	X	X	X	X					
Manual de Instruções			X	X	X						
Amostragem						X					
Reconhecimento dos setores censitários				X	X						
Visita do pesquisador				X	X						
Seleção das entrevistadoras				X	X						
Treinamento das entrevistadoras					X						
Estudo pré-piloto		X									
Estudo piloto						X					
Coleta de dados						X	X	X			
Acompanhamento do trabalho de campo						X	X	X			
Codificação						X	X	X			
Digitação							X	X	X		
Análise das inconsistências										X	X
Controle de qualidade						X	X	X			
Padronização dos dados											X



3. ARTIGO

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ENXAQUECA NA POPULAÇÃO ADULTA DE PELOTAS, RS.

* Este artigo será submetido à publicação na Revista de Saúde Pública.

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ENXAQUECA NA POPULAÇÃO
ADULTA DE PELOTAS, RS.**

PREVALENCE AND RISK FACTORES OF MIGRAINE IN THE ADULTS
POPULATION OF PELOTAS, RS.

Título Corrido: Prevalência e determinantes da Enxaqueca.

LUCIANE SCHERER PAHIM¹

ANA M. B. MENEZES¹

ROSÂNGELA LIMA¹

1) Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Universidade Federal de Pelotas.

Luciane Scherer Pahim

Rua Gomes Carneiro, 2233, apartamento 303 A CEP 96010- 610
Pelotas-RS, Brasil.

email: lpahim@epidemio-ufpel.org.br

Resumo

Introdução – a enxaqueca é uma doença de alta prevalência, com importantes repercussões nas atividades diárias dos indivíduos predispostos. O objetivo do presente estudo foi identificar a prevalência da enxaqueca no último ano, em adultos da zona urbana da cidade de Pelotas e verificar associações como fatores demográficos, socioeconômicos e, dentre as mulheres, utilização de anticoncepcional hormonal e menstruação regular nos últimos três meses.

Material e Métodos - utilizou-se delineamento transversal de base-populacional, com amostragem em múltiplos estágios e probabilística. Foram entrevistados 2715 indivíduos, de 20 a 64 anos, aos quais aplicou-se um questionário utilizando as recomendações da *International Headache Society* (IHS) para a definição do desfecho. As análises bruta e ajustada foram realizadas através de Regressão de Poisson, levando em consideração o efeito de delineamento do estudo.

Resultados – a prevalência de cefaléia e enxaqueca no último ano foram respectivamente 71,3% (IC95% 69,6 a 73,0) e 10,7% (IC 95% 9,4 a 12,1); as mulheres apresentaram quatro vezes mais enxaqueca do que os homens (16,2% *versus* 3,9%) e indivíduos com cor de pele branca apresentaram um risco 1,4 vezes maior do que os de cor não branca. Mulheres em uso de anticoncepcional oral ou injetável apresentaram 1,3 vezes mais enxaqueca do que as que não o fazem. Nível socioeconômico e menstruação regular nos últimos três meses não mostraram associação com enxaqueca.

Conclusão – Estes resultados revelam a alta prevalência de cefaléia e a importância do reconhecimento e manejo da enxaqueca, principalmente nas mulheres.

Palavras-chave: Enxaqueca, Cefaléia, Prevalência, Fatores de risco, Adultos.

Abstract

Introduction – Migraine is a disease of high prevalence with important repercussions in the daily activities of the premed use individuals. The present study aimed to identify the prevalence of migraine in the last year, in adults resident in the urban area of the city of Pelotas and to verify the association with demographic and socioeconomic variables and to evaluate, among women, the use of hormonal contraceptives and regular menstruation in the last three months.

Material and Methods – A cross-sectional population-based study with a multi-stage and probabilistic sampling was used. A total of 2,715 individuals aged 20 to 64 years old were interviewed and a questionnaire was applied according to the recommendations of the International Headache Society for defining the main outcome. Crude and adjusted analysis were carried out through poisson regression, taking into account the design effect of the study.

Results – The prevalence of headache and migraine in the last year was respectively 71.3% (IC95% 69,6 a 73,0) and 10.7% (CI95% 9.4; 12.1); women had a risk four times greater than men and people with white skin had a risk 1.4 times greater than people with non-white skin colour. Women taking oral contraceptives or injection against pregnancy showed a risk for migraine 1.3 times greater than women not taking this medicine. Socioeconomic level and regular menstruation in the last three months were not associated with migraine.

Conclusion – These results show the high prevalence of headache and the importance of recognizing migraine and its management, mainly in the women.

keywords: Migraine, Headache, Prevalence, Risk factors, Adults.

Introdução

A enxaqueca é uma doença neurológica, caracterizada por um grupo de sinais e sintomas, predominando cefaléia repetitiva, de localização uni ou bilateral, de caráter pulsátil e, freqüentemente, com náuseas, vômitos, fotofobia e/ou fonofobia. Suas manifestações são decorrentes de uma disfunção bioquímica cerebral, com origem no sistema límbico, de caráter hereditário.¹⁵

Na classificação da *International Headache Society* (IHS), a enxaqueca está incluída no grupo de cefaléias primárias, estando entre as primeiras vinte doenças, no *ranking* da Organização Mundial da Saúde, como causadoras de incapacidade. É considerada por alguns autores mais incapacitante do que doenças como a hipertensão arterial, a osteoartrite e a diabetes. Acarreta além do sofrimento individual, um prejuízo econômico através de custos diretos (atenção médica, medicamentos) e custos indiretos (diminuição da produtividade e falta ao trabalho).⁴

A enxaqueca é desencadeada por vários fatores, de ordem intrínseca ou extrínseca, devido a um limiar mais baixo que o indivíduo enxaquecoso possui a certas exposições, o que conduz a uma cascata de eventos, culminando na dor.¹¹

Quanto aos fatores associados à enxaqueca descritos na literatura, há consenso de que as mulheres são as mais afetadas.^{10, 17} Outros determinantes de enxaqueca, tais como: idade, cor da pele, nível socioeconômico, uso de anticoncepcionais e outros hormônios são também mencionados, apesar de não haver consenso quanto a essas associações. Em relação à idade, a maior parte dos estudos mostra uma prevalência maior de enxaqueca no adulto jovem.^{7,16,18} Os resultados quanto à cor da pele são discordantes: no estudo de Waters²⁶ (1994) e

Stewart et al²³ (1995) foi detectada associação entre enxaqueca e cor de pele branca, enquanto no de Queiroz¹⁴ (2001) não foi encontrada tal associação.

O mesmo acontece para a associação de enxaqueca com variáveis socioeconômicas; alguns estudos mostram que a enxaqueca está associada a baixo nível socioeconômico^{14, 24}, enquanto outros¹² não demonstram tal associação.

É referido na literatura que um percentual expressivo das mulheres (40 a 50%) tem ataques de enxaqueca antes, durante ou logo após a menstruação, o que aponta para uma associação da enxaqueca com níveis hormonais femininos. Há também estudos relacionando enxaqueca com uso de anticoncepcionais; 18 a 50% das mulheres pioram dos quadros cefalálgicos pré-existentes, ou iniciam a apresentá-los com o uso de anticoncepcionais hormonais.²¹ Outros autores consideram que os anticoncepcionais hormonais podem não causar alterações ou até melhorar os quadros de dor.^{3, 20}

O primeiro critério sistemático para classificar as cefaléias foi criado em 1962 pelo *Ad Hoc Committee*, do Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA. Em 1988, a *International Headache Society*⁸, através da criação da classificação para critérios diagnósticos de cefaléias, neuralgias craniais e dor facial, possibilitou que estudos de base populacional comesçassem a ser realizados com uma maior qualidade e comparabilidade; no ano de 2004, essa classificação foi atualizada sem alterações significativas quanto ao critério diagnóstico. A partir dessa classificação (IHS⁸), vários estudos foram realizados em diversos países para detectar a prevalência de enxaqueca, sendo importante ressaltar que as prevalências encontradas conforme os diferentes estudos variam de 4,7% em Hong Kong⁵ até 22,1%, no Brasil.¹⁴

O presente estudo objetivou conhecer a distribuição da enxaqueca na população adulta de Pelotas e alguns de seus determinantes, o que poderá auxiliar a definir os grupos de alto risco para enxaqueca.

Métodos

De outubro a dezembro de 2003, realizou-se estudo de delineamento transversal, na área urbana de uma cidade ao sul do Brasil – Pelotas - com aproximadamente 320 000 habitantes. Essa amostra foi selecionada por múltiplos estágios, tendo como unidade amostral primária os setores censitários. Após estratificação, conforme a renda média do responsável pela família, sortearam-se 144 setores com probabilidade proporcional ao tamanho, dos 409 setores censitários da cidade. O número de domicílios dentro de cada setor censitário foi sorteado de forma sistemática, levando em conta o tamanho do mesmo; a média do número de domicílios por setor foi em torno de 10. Todos os indivíduos dos domicílios sorteados foram entrevistados, sendo que, para o presente estudo a amostra restringiu-se a indivíduos de 20 a 64 anos.

Em razão desta pesquisa ser parte de um consórcio de vários mestrados, com diferentes desfechos de interesse, o tamanho de amostra foi calculado para contemplar os objetivos de todos mestrados, totalizando 2715 pessoas da faixa etária de 20 a 64 anos. Para o desfecho aqui estudado, considerando uma prevalência de 10,7%, erro aceitável de 2,2, acréscimo de 10% para perdas e efeito de delineamento de 1,3, seriam necessários 1084 indivíduos. Em relação aos fatores de risco, o tamanho da amostra estudado correspondeu a uma margem de erro de 1,5 pontos percentuais, nível de significância de 95%, poder de 80%, com riscos

relativos em torno de 1,7 para as variáveis demográficas e socioeconômicas e de 1,5 para as variáveis hormonais.

Para definir o desfecho enxaqueca foi utilizado o critério estabelecido pela Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS, 1988): ou seja, presença de cefaléia com, no mínimo, cinco ataques, com duração média de 4 a 72 horas (não tratadas ou tratadas sem sucesso), com pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, qualidade pulsátil, intensidade moderada ou forte e agravada por atividade física rotineira. No período de dor, deveriam estar presentes pelo menos um dos sintomas: náuseas e/ou vômitos, piora da dor com luz (fotofobia) e piora da dor com sons (fonofobia). Considerou-se para avaliação as cefaléias que ocorreram no último ano.

As variáveis independentes avaliadas foram: sexo, cor da pele (categorizada em branca e não branca pelo entrevistador), escolaridade (anos completos de estudo) e nível econômico medido através da classificação da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP), dividido em cinco categorias (onde A era o grupo de mais alto nível econômico). Dentre as mulheres da faixa etária de 20 a 49 anos, avaliou-se a utilização de anticoncepcional hormonal (sim ou não) e menstruação regular nos últimos três meses (sim ou não) definida como “ter menstruado normalmente nos últimos três meses”.

Os indivíduos foram considerados como perdas (ou não respondentes) após três contatos pelas entrevistadoras e pelo supervisor do estudo.

Efetou-se a análise estatística através do programa STATA 8.0. Utilizou-se regressão de Poisson levando em conta o efeito do delineamento. A medida de efeito foi a razão de prevalência com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. A

análise ajustada baseou-se em um modelo no qual as variáveis demográficas e socioeconômicas estavam em um primeiro nível, seguidas pelas variáveis hormonais em um segundo nível e o desfecho no último nível. Também realizou-se análise estratificada por sexo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, e todos os indivíduos entrevistados foram informados dos aspectos gerais da pesquisa, tendo sido obtido o consentimento informado.

Resultados

No período de outubro a dezembro de 2003, foram entrevistadas 2715 pessoas, na faixa etária de 20 a 64 anos. Houve 120 perdas, recusas e exclusões, o que correspondeu a 4,4% das pessoas elegíveis nos domicílios amostrados.

A maioria da população estudada era de cor de pele branca (81%), mais da metade se encontrava na faixa etária inferior aos 40 anos (52%), sendo 56% do sexo feminino. Em relação ao nível socioeconômico, observou-se que 41% da população pertenciam às categorias mais baixas da classificação ANEP (D e E), conforme Tabela 1.

As variáveis menstruação e uso de anticoncepcional hormonal também aparecem na Tabela 1. A amostra era constituída por 1513 mulheres (56%), das quais 1160 mulheres estavam na faixa etária de 20 a 49 anos. Destas, 30 estavam grávidas (n=1130), sendo que as demais responderam as questões referentes à utilização de anticoncepcional hormonal. Houve ainda 271 mulheres do total de 1160 que não menstruaram regularmente nos últimos três meses devido a várias

situações: gravidez, história de aborto recente, utilização ininterrupta de anticoncepcional hormonal, menopausa precoce e/ou problemas hormonais.

A prevalência dos sintomas de enxaqueca, estabelecidos pela Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS⁸), é mostrada no Quadro 1; a prevalência de cefaléia no último ano, também apresentada no Quadro 1, foi de 71,3% (IC 95% 69,6 a 73,0).

A prevalência geral de enxaqueca no último ano foi de 10,7% (IC 95% 9,4 a 12,1), sendo cerca de quatro vezes mais prevalente entre as mulheres do que entre os homens; o efeito de delineamento foi de 1,3, coincidindo com o estimado no cálculo do tamanho amostral, com correlação intraclasse de 0,019.

Na Tabela 2, estão ressaltadas as principais características da enxaqueca nessa população; 93,5% dos enxaquecosos apresentavam algum tipo de limitação nas suas atividades de vida diária na presença da dor, 71,8% tinham dor do tipo latejante ou pulsátil e 86,5% pioravam da dor com atividades como caminhar ou subir escadas.

Das 889 mulheres que menstruavam regularmente nos últimos três meses, 13,7% apresentavam enxaqueca relacionada ao período menstrual e das 494 que utilizavam anticoncepcional hormonal, 51% apresentavam enxaqueca e 32,5% acusaram aumento da mesma com o uso de pílula ou injeção para não engravidar.

A Tabela 3 mostra a análise bruta e ajustada por regressão de Poisson, com as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Na análise bruta, observou-se que as mulheres apresentaram quatro vezes mais enxaqueca do que os homens. A análise ajustada seguiu o modelo hierarquizado, definido na seção da metodologia. A variável sexo, quando ajustada para idade, cor da pele e nível socioeconômico, permaneceu significativamente associada com

enxaqueca ($p < 0,001$). Idade e nível socioeconômico não mostraram associação com enxaqueca em ambas análises. As pessoas de cor de pele branca apresentaram 30% mais enxaqueca do que as pessoas de cor parda ou preta. Após o controle para as variáveis socioeconômicas e demográficas, esta associação permaneceu significativa.

Menstruar regularmente nos últimos três meses não se mostrou associado à enxaqueca em ambas análises. As mulheres que utilizaram anticoncepcional hormonal apresentaram um risco 40% maior de ter enxaqueca comparadas às que não utilizam esse método; essa associação permaneceu, mesmo após controle para variáveis demográficas, socioeconômicas e menstruação regular.

Todas as análises acima também foram estratificadas por sexo, mas os resultados (não apresentados aqui) foram semelhantes aos de toda amostra.

Discussão

A enxaqueca é uma cefaléia de imenso impacto social e econômico, o que resulta em perda de dias de trabalho em função dos ataques de dor, diminuição da produtividade, sofrimento pela ansiedade de novos ataques de dor e incapacidade para a realização de atividades de vida diárias.

O critério diagnóstico determinado pela IHS é mundialmente aceito, tendo sido criado com o objetivo de uniformizar o diagnóstico das cefaléias. Alguns autores tais como Rasmussen et al¹⁹ (1991) e Merikangas et al¹³ (1994) validaram esse critério internacionalmente.

É intrigante constatar a ampla variabilidade da prevalência de enxaqueca em nível mundial. Em um primeiro momento, pensa-se em atribuir um fator geográfico

como possível causa para esta variabilidade. Entretanto, avaliando os achados da literatura, conclui-se não haver consistência no sentido de que, um determinado continente, ou zona geográfica, apresente, sistematicamente, prevalências mais altas de enxaqueca do que outros lugares.

A composição demográfica dos diferentes estudos poderia ser outro fator determinante dessa variabilidade da prevalência de enxaqueca, já que mulheres e pessoas jovens apresentam maior risco para esta morbidade, segundo a literatura. O estudo de meta-análise de Stewart et al²⁴ (1992) demonstrou que sexo e idade são os principais fatores responsáveis pela variação nos achados de prevalência da enxaqueca; através da análise por regressão linear, o autor apontou que o sexo é responsável por 15% dessa variabilidade, sendo que este somado à idade, responde por 30% de tais diferenças. Outro autor, Raffaelli¹⁵ (2003), ainda ressalta que as diferenças de prevalência da enxaqueca segundo sexo começam a aparecer já na adolescência e devem-se em grande parte a fatores hormonais.

Os resultados do presente estudo são semelhantes aos de Rasmussen¹⁸ (1993) em cuja pesquisa de base populacional, em Copenhague, na Dinamarca, avaliando indivíduos de 25 a 64 anos, encontrou uma prevalência de enxaqueca de 10%. Já no estudo de Queiroz¹⁴ (2001), em indivíduos de 15 a 64 anos, na cidade de Florianópolis, Brasil, foi encontrada uma prevalência duas vezes maior (22,1%). Não parece que o fato de a faixa etária estudada por Queiroz ter incluído pessoas de 15 anos possa explicar tão grande diferença.

Outra hipótese a ser pensada para o entendimento da variabilidade da prevalência da enxaqueca diz respeito ao critério utilizado para definí-la. Apesar de haver um critério aparentemente objetivo e uniforme, é possível que, ao ser

elaborado um instrumento que o contemple, possa haver modificações na elaboração das perguntas, o que poderia, talvez, explicar a variabilidade encontrada.

Dois outros aspectos merecem ser destacados na interpretação dos achados aqui expostos. Um deles diz respeito à possível subestimativa da prevalência de enxaqueca, já que as pessoas, com tratamento adequado, responderiam negativamente a pergunta sobre a presença de cefaléia no último ano. Outro fator a ser salientado é a possibilidade de um viés de memória, minimizado neste estudo pela presença de cefaléia apenas no “último ano”. Estes dois pontos também foram limitações para os demais estudos aqui mencionados, não sendo, portanto, responsáveis pela prevalência de cerca de 10% neste estudo comparada às prevalências de 5% em alguns locais até 20% em outros.

As características da enxaqueca, observadas na amostra estudada, estão de acordo com o que é descrito na literatura, ou seja, a maioria dos enxaquecosos apresenta dor do tipo latejante ou pulsátil, dificuldade de realização de atividades da vida diária, bem como piora da dor com ruídos, presença de luz ou atividades físicas.

Dentre os fatores associados à enxaqueca, destaca-se o sexo feminino como tendo quatro vezes maior risco para enxaqueca do que o sexo masculino. Esse achado é unânime na literatura e é possível que a explicação seja decorrente do fato de que o cérebro masculino funciona sempre no mesmo ritmo, enquanto o sistema límbico feminino muda de ritmo duas vezes ao mês, para produzir ora estrogênio, ora progesterona; tais oscilações poderiam desencadear dor de cabeça em pessoas predispostas.¹⁵

Podemos ainda destacar que outras cefaléias, como cefaléia tensional, também apresentam maior prevalência em grupos femininos, verificado em um estudo de base populacional em Porto Alegre.²

A associação entre enxaqueca e cor da pele branca apresentou-se consistente com outros estudos, podendo ser decorrente de uma possível vulnerabilidade genética; a literatura revela que indivíduos de cor da pele negra apresentam altos níveis da enzima “phenolsufotransferase ” considerada como fator protetor para enxaqueca, por metabolizar substâncias vasodilatadoras como a tiramina.^{1,22 26}.

A diferença de prevalência de enxaqueca nas diferentes faixas etárias é mais pronunciada em mulheres do que em homens, segundo vários autores.^{9,26}. No presente estudo, não houve variação do resultado analisando homens e mulheres em conjunto e aquela realizada somente para o grupo do sexo feminino; cabe ressaltar que apesar de não ter havido diferença significativa quanto às várias faixas etárias, houve um leve decréscimo a partir dos 40 anos, com a mais baixa prevalência na faixa etária acima de 50 anos, o que é consistente com os estudos de Waters²⁶ (1994) e Henry et al⁹ (2002).

Queiroz¹⁴ (2001), avaliando a associação entre enxaqueca e variáveis indicativas socioeconômicas, não encontrou associação entre enxaqueca e nível de instrução, embora tenha encontrado uma tendência linear de quanto menor a renda familiar, maior a prevalência de enxaqueca.

A situação econômica no estudo aqui apresentado foi avaliada através da classificação ANEP em quintis, não se mostrando associada significativamente com enxaqueca, o que é consistente com estudos europeus atuais, conduzidos em países

como Hungria, Alemanha, Bélgica e Dinamarca, já citados anteriormente. Aparentemente, diferente da maioria das doenças, a enxaqueca não parece ter influência de fatores socioeconômicos, mas, sim, de fatores demográficos.

Ao estudar-se a associação entre enxaqueca e menstruação, deve ser destacada uma diferença importante entre enxaqueca menstrual e enxaqueca relacionada à menstruação; a enxaqueca pode estar relacionada à menstruação, mas não ocorrer exclusivamente nesse período; já a enxaqueca menstrual, propriamente dita, ocorre exclusivamente nesse período. Ambas são exacerbadas pelas alterações nos níveis de estrógeno. O presente estudo avaliou a associação entre enxaqueca e mulheres que menstruam regularmente, na faixa etária de 20 a 49 anos, não encontrando uma diferença significativa entre presença de enxaqueca e menstruação regular nos últimos três meses.

Couturier et al⁶ (2003) realizaram um estudo de base populacional na Holanda, com 1181 mulheres de 13 a 55 anos, encontrando uma prevalência de enxaqueca menstrual de 3%. Rasmussen¹⁸ (1993) em uma amostra aleatória, em Copenhague, verificou que 24% das mulheres declaravam menstruação como fator precipitante de enxaqueca, sendo que destas, 67% tinham seus ataques de dor um a dois dias antes da menstruação.

Quando se avalia a utilização de anticoncepcionais hormonais e a prevalência de enxaqueca, deve-se ter em mente a possibilidade de causalidade reversa, pois a prevalência de enxaqueca foi avaliada no último ano, enquanto a utilização de anticoncepcional hormonal foi avaliada no momento atual.

Para uma conclusão mais específica, seria necessário avaliarmos o tempo de utilização e o tipo de anticoncepcional hormonal utilizado. Não há um consenso na

literatura sobre este aspecto, principalmente porque há uma variabilidade de composições nos anticoncepcionais atuais, visto que muitas combinações são testadas para tratamento de enxaqueca. Becker³ (1999), Silberstein e Merrian²⁰, (1999) em seus artigos de revisão, destacam que o uso de anticoncepcional hormonal pode piorar a enxaqueca pré-existente, não ocasionar mudanças, ou até mostrar melhorias, sendo que uma variabilidade individual contribui para que isso ocorra.

Pode-se concluir que a enxaqueca é uma doença que afeta principalmente as mulheres, estando associada ao uso de anticoncepcional e à cor de pele branca.

Pesquisas com maior especificação dos anticoncepcionais hormonais, tais como tipo e tempo de uso, devem ser realizadas para melhor esclarecimento da associação entre enxaqueca e anticoncepção. Também pode ser considerada como limitação do estudo a não inclusão de variáveis como estado marital eventos produtores de *stress* e outras variáveis

Parece-nos importante a vinculação da enxaqueca aos programas de saúde da mulher, já que são essas as mais afetadas pelo problema; além disso, muitas podem não ter acesso a tratamentos efetivos, o que pode contribuir para a cronificação da mesma ou contribuição para a manifestação de cefaléia crônica diária, por automedicação.

Pela variabilidade de fatores que predispõe à enxaqueca e devido à variação individual, é necessário que o paciente, juntamente ao seu médico, identifique os fatores de risco ou desencadeadores das crises para que possa receber o tratamento adequado. Isso evitará sofrimento e custos desnecessários aos pacientes e seus familiares, já que a enxaqueca é uma doença que acarreta tão má qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

1. Anderson RJ, Jackson BL. Human platelet phenol sulfotransferase: stability of two forms of the enzyme with time and presence of racial difference. *Clin Chim Acta* 1984;138:185-96.
2. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 1996;16(8): 545-9.
3. Becker WJ. Use of oral contraceptives in patients with migraine. *Neurology* 1999; 53(4 Suppl 1):S19-25.
4. Bigal ME, Fernandes LC, Bordini CA, Speciali JG. Custos hospitalares das cefaléias em uma unidade de emergência pública brasileira. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58(3A):664-70.
5. Cheung RTF. Prevalence of migraine, tension-type headache, and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000; 40(6):473-79.
6. Couturier EG, Bomhof MA, Neven AK, van Duijn NP. Menstrual migraine in a representative dutch population sample: prevalence, disability and treatment. *Cephalalgia* 2003; 23(4): 302-8.

7. Deleu D, Khan MA, Humaidan H, Al Mantheri Z, Al Hashami S. Prevalence and clinical characteristics of headache in medical students in Oman. *Headache* 2001; 41(8):798-804.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl. 7).
9. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lanteri-Minet M, Lucas C, Pradalier A, Chazot G, El Hasnaoui A. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002; 59(2):232-7.
10. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992; 12(4): 229-37.
11. Krymchantowski A, Ferreira F P. Atualização no tratamento profilático das enxaquecas. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57(2b):513-19.
12. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of migraine headache in Santiago, Chile: a prevalence study. *Cephalalgia* 1997; 17(7):770-77.

13. Merikangas KR, Whitaker AE, Isler H, Angst J. The Zurich Study . Epidemiology of headache syndromes in the Zurich cohort study of young-adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1994; 244(3):145.
14. Queiroz LP. Um estudo epidemiológico da cefaléia no distrito sede do município de Florianópolis, SC [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
15. Raffaelli, E Jr. Migrânea tem cura? *Migrêneas & cefaléias* 2003; 6(3): 92-4.
16. Raymond TF, Cheung MBBS. Prevalence of migraine, tension-type headache and other headaches in Hong Kong. *Headache* 2000; 40:473-9.
17. Rasmussen BK. Epidemiology of migraine. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 1995; 49(10):452-55.
18. Rasmussen BK. Migraine and Tension-Type Headache in a General-Population – Precipitating Factors, Female Hormones, Sleep Pattern and Relation to Life-Style. *Pain* 1993; 53(1):65-72.
19. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of Headache in a General-Population - a Prevalence Study. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991; 44(11):1147-57.

20. Silberstein S, Merriam G. Sex hormones and headache 1999 (menstrual migraine). *Neurology* 1999; 53(4 Suppl 1):S3-13.
21. Silva WF, Costa Neto J, Albuquerque E, Azevedo R, Serva V D. Cefaléias Primárias e Hormônios Sexuais Femininos. *Migrâneas & Cefaléias* 2003; 6:4-8.
22. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996; 47(1):52-9.
23. Stewart WF, Simon D, Shechter A, Lipton RB. Population variation in migraine prevalence: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1995;48(2):269-80
24. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *Jama* 1992; 267(1):64-9.
25. Wang JS, Fuh JL, Young YH, Lu SR, Shia BC. Prevalence of migraine in Taipei, Taiwan: a population-based survey . *Cephalalgia* 2000; 20(6):566.
26. Waters WE. Headache and demographic factors. In: Olesen J, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p. 278-93.

Tabela 1 – Descrição da amostra de adultos (20 – 64 anos), conforme variáveis demográficas e socioeconômicas. Pelotas, RS, 2003.

Variáveis *	N **	%
Sexo		
Masculino	1202	44,3
Feminino	1513	55,7
Idade (anos)		
50 – 64	631	23,2
40 – 49	680	25,0
30 – 39	645	23,8
20 – 29	759	28,0
Cor da pele		
Não branca	524	19,3
Branca	2191	80,7
Nível Econômico (ANEP)		
A	138	5,1
B	566	20,9
C	899	33,3
D	935	34,6
E	165	6,1
Menstruação ** (n=1160)		
Não	270	23,3
Sim	889	76,7
Anticoncepcional Hormonal ** (n=1130)		
Não	635	56,2
Sim	494	43,8
Total	2715	100,0

* O máximo de valores ignorados foi 1,2 %

** Somente para mulheres com idade entre 20 e 49 anos

Quadro1 – Critérios para Classificação da Enxaqueca segundo Sociedade Internacional de Cefaléia (IHS)

Critérios	N *	%
Critério 1		
Presença de cefaléia **	1936	71,3%
No mínimo 5 crises	1255	65,0%
Duração de 4 a 72 horas *	566	29,5%
Atendem o critério 1	471	17,5%
Critério 2 (no mínimo duas características)		
Localização unilateral	475	24,7%
Qualidade pulsátil	1083	56,4%
Intensidade moderada ou severa	1303	48,0%
Agravada por atividade física rotineira	1042	38,9%
Atendem critério 2	1338	49,3%
Critério 3 (Presença de no mínimo um dos sintomas durante cefaléia)		
Náuseas e/ou vômitos	427	22,0%
Fotofobia e fonofobia	836	30,9%
Atendem o critério 3	972	35,8%
Atendem os 3 critérios	289	10,7%

*: número máximo de valores ignorados foi < 1,0%.

** : cefaléia correspondente ao último ano.

Tabela 2 – Características da enxaqueca em adultos (20- 64 anos) de Pelotas, RS, 2003.

Variáveis *	n	%
Localização da dor de cabeça		
Em um dos lados	76	26,3
Alterna entre um e dois lados	64	22,1
Nos dois lados	149	51,6
Tipo de dor		
Latejante/ Pulsátil	207	71,8
Pressão ou aperto	42	14,6
Fisgada ou pontada	28	9,8
Outro	11	3,8
Dor atrapalha atividades diárias		
Não	19	6,5
Sim, um pouco	169	58,5
Sim, totalmente	101	35,0
Vontade de vomitar ou enjôo		
Não	138	47,6
Sim	151	52,4
Piora na presença de luz		
Não	30	10,4
Sim	259	89,6
Piora com barulhos		
Não	20	6,9
Sim	269	93,1
Piora com atividades como caminhar, subir escadas		
Não	39	13,5
Sim	249	86,5
Total	289	100,0

* O número máximo de valores ignorados foi menor que 1,0%.

Tabela 3 – Análise bruta e ajustada por Regressão de Poisson (RP=razão de prevalências) para enxaqueca e fatores associados. Pelotas, RS, 2003.

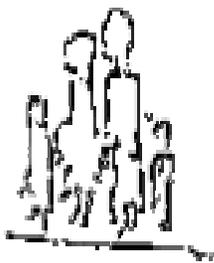
Variáveis ***	Análise Bruta		Análise Ajustada		
	%	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)
Sexo (n = 2715)		< 0,001 *		< 0,001 *	
Masculino	3,9		1,0		1,0
Feminino	16,2		4,2 (3,0 – 5,9)		4,3 (3,0 – 6,0)
Idade (anos) (n=2715)		0,1 #		0,09 #	
50 – 64	9,0		1,0		1,0
40 – 49	10,6		1,2 (0,8 – 1,6)		1,2 (0,8 – 1,7)
30 – 39	11,6		1,3 (0,9 – 1,8)		1,3 (1,0 – 1,8)
20 – 29	11,6		1,3 (0,9 – 1,8)		1,3 (0,9 – 1,7)
Cor da pele (n=2715)		0,05 *		0,02 *	
Não branca	8,4		1,0		1,0
Branca	11,3		1,3 (1,0 – 1,8)		1,4 (1,1 -1,8)
Nível Econômico (ANEP) (n=2715)		0,3 *		0,2 *	
5º quintil	11,8		1,0		1,0
4º quintil	9,1		0,9 (0,6-1,2)		0,8 (0,6 – 1,3)
3º quintil	10,4		0,7 (0,5-1,0)		0,7 (0,6 – 1,2)
2º quintil	11,4		0,9 (0,6- 1,3)		0,8 (0,6 – 1,1)
1º quintil	14,2		0,9 (0,6- 1,3)		0,8 (0,6 – 1,2)
Menstruação ** (n=1160)		0,09 *		0,08 *	
Não	20,2		1,0		1,0
Sim	15,7		0,8 (0,6 – 1,1)		0,7 (0,5 – 1,0)
Anticoncepcional Hormonal ** (n=1130)		0,03 *		0,04 *	
Não	14,3		1,0		1,0
Sim	19,1		1,3 (1,1 – 1,7)		1,4 (1,1 – 1,8)

*** Número máximo de valores ignorados foi de 1,2%; variáveis demográficas e socioeconômicas pertencem ao primeiro nível do modelo de análise;

** Somente para mulheres com idade entre 20 e 49 anos; pertencem ao segundo nível do modelo de análise;

* Teste de Heterogeneidade

Teste de Tendência Linear



4. PRESS-RELEASE

Enxaqueca apresenta níveis altos em Pelotas, acometendo principalmente mulheres.

A enxaqueca é um tipo de dor de cabeça crônica, que tem como características principais a localização uni ou bilateral, de forma pulsátil ou latejante, geralmente acompanhada de náuseas ou vômitos, irritabilidade na presença de luz ou barulhos, que pode durar de quatro horas a três dias.

Dentre as dores de cabeça, a enxaqueca é uma das mais incapacitantes, afetando indivíduos de várias idades, principalmente os mais jovens. Essa dor de cabeça apresenta um forte impacto na vida das pessoas, provocando faltas ao trabalho e perda de produtividade.

Uma pesquisa realizada de outubro a dezembro de 2003, na cidade de Pelotas, revelou que a prevalência de enxaqueca (avaliada nos últimos doze meses) foi de 10,7%, ou seja, em cada 100 pessoas aproximadamente 11 sofrem desse tipo de dor de cabeça. Um fato importante é que nas mulheres esses valores são bem maiores, ou seja, em cada 100 mulheres, aproximadamente 16 sofrem de enxaqueca; no sexo masculino essa probabilidade diminui para 4 em cada 100.

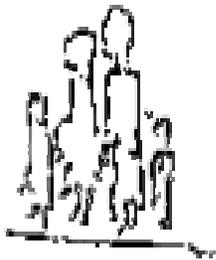
Possíveis explicações para as mulheres terem mais enxaqueca do que os homens são os fatores hormonais, tais como: menstruação, uso de anticoncepcional hormonal, menopausa e gravidez.

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria das pessoas enxaquecosas tinham dor nos dois lados da cabeça, geralmente, do tipo latejante ou pulsátil (72%); cerca de 60% revelaram limitação para realizar suas atividades de vida diária quando estavam com dor, sendo que 35% sentiam-se totalmente incapacitados de realizar qualquer atividade. Outros sintomas que acompanhavam a dor eram: vontade de vomitar ou enjôo, piora da dor na presença de luz, de barulhos, e atividades como caminhar e subir escadas.

Indivíduos da cor da pele branca apresentaram um risco 1,4 vezes maior de apresentar enxaqueca e mulheres em uso de pílula ou injeção para não engravidar apresentaram 1,3 vezes mais risco para enxaqueca.

É importante o tratamento adequado da enxaqueca para evitar-se complicações como o surgimento de dores de cabeça crônicas.

A enxaqueca é um importante problema de saúde pública e, embora não seja uma causa de mortalidade, piora bastante a qualidade de vida das pessoas.



5. ANEXOS



ANEXO 1

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
(DOMICILIAR)

**BLOCO D: DOMICILIAR
RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO**
Este bloco deve ser aplicado a apenas 1
morador do domicílio, de preferência, a dona de
casa.

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Número do setor ___ ___ ___

Número da família ___ ___

Número da pessoa ___ ___

Endereço _____ (1) casa (2) apartamento

Data da entrevista ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Horário de início da entrevista ___ ___ : ___ ___

Horário do término da entrevista ___ ___ : ___ ___

Entrevistadora: _____

NQUE

TIPOM ___

DE _____

HI ___ : ___

HT ___ : ___

ENT ___

D1) Qual o endereço deste domicílio?

Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____

D2) O(a) Sr(a) possui telefone neste domicílio?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DFONE ___

D3) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr(a)?

(0) não (1) sim → Qual o número? _____

DCEL ___

D4) Quantas pessoas moram nesta casa? ___ ___ pessoas

DMOR ___ ___

D5) Nesta casa mora alguma pessoa com Síndrome de Down?

(0) não (1) sim (9) IGN

DDOWN ___

**AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE
OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA.
MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO
SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA,
PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A)
PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.**

D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) Não Se sim: Quantos? ___ rádios

DRD ___

D7) Tem televisão colorida em casa?

(0) Não Se sim: Quantas? ___ televisões

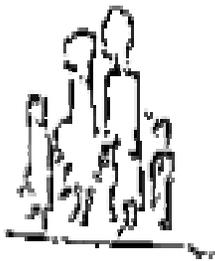
DTV ___

D8) O(a) Sr.(a) ou sua família tem carro?

(0) Não Se sim: Quantos? ___ carros

DCAR ___

<p>D9) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr(a) tem em casa?</p> <p>Aspirador de pó (0) Não (1) Sim Máquina de lavar roupa (0) Não (1) Sim Videocassete e/ou DVD (0) Não (1) Sim</p>	<p><i>DASPI</i> ____ <i>DMAQ</i> ____ <i>DVCR</i> ____</p>
<p>D10) Tem geladeira ? (0) Não (1) Sim</p> <p>D11) Tem freezer separado ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim</p> <p>D12) Quantos banheiros tem em casa? (0) Nenhum ____ banheiros</p> <p>D13) O(a) Sr(a) tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma Se sim: Quantas? ____ empregadas</p> <p>D14) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) Nenhum ou primário incompleto (1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto (2) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto (3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto (4) Superior completo</p> <p>D15) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) <i>Pessoa 1: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>Pessoa 2: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>Pessoa 3: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>Pessoa 4: R\$</i> ____ <i>por mês</i> <i>Pessoa 5: R\$</i> ____ <i>por mês</i> (99999) ignorado/não respondeu</p> <p>D16) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra, que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ ____ <i>por mês</i></p>	<p><i>DGELA</i> ____</p> <p><i>DFREE</i> ____</p> <p><i>DBAN</i> ____</p> <p><i>DEMPRE</i> ____</p> <p><i>DESCOCH</i> ____</p> <p><i>DRF1</i> ____</p> <p><i>DRF2</i> ____</p> <p><i>DRF3</i> ____</p> <p><i>DRF4</i> ____</p> <p><i>DRF5</i> ____</p> <p><i>DRE</i> ____</p>



ANEXO 2

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL
(ADULTOS)

G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15 (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ anos ___ meses					<i>FUMO</i> ___ <i>TPAFU</i> _____
G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? ___ anos ___ meses (8888) NSA					<i>TFUMO</i> _____
G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ cigarros (88) NSA					<i>CIGDIA</i> ___
G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim (9) IGN					<i>SAU</i> ___
AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA					
C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					<i>YOSTE</i> ___
C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA (1) Sim → Quantas vezes? ___ (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO C3					<i>YFRAVD</i> ___ <i>YQTD</i> ___
SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO					
PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA					
a)O que o(a) Sr(a) quebrou? (01) Pé (02) Tornozelo (03) Perna (04) Joelho (05) Fêmur ou quadril (06) Dedos da mão (07) Pulso (08) Antebraço (09) Braço (10) Clavícula (11) Escápula (12) Cadeiras ou bacia (13) Costela (14) Vértebra (15) Mais de um destes locais (16) Outro local _____ (88) NSA (99) IGN	b)Esta fratura ocorreu? (1) Trabalhando (2) No seu tempo livre fora de casa (3) Em casa (4) Trânsito (5) Na escola (8) NSA (9) IGN	c) Como foi que ocorreu esta fratura? (1) Praticando esportes (2) Acidente de carro/pedestre (3) Violência, Brigas, Agressões (4) Caiu sozinho (5) Acidente de trabalho com máquinas, andaimes, outros equipamentos (6) Outro Motivo _____ (8) NSA (9) IGN	d)Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização? (0) Não Sim→SE SIM (1) Pelo SUS (2) Particular (3) Convênio (4) Plano de Saúde (8) NSA (9) IGN	e)Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
<i>YLOFRT</i> ___	<i>YLUGAR</i> ___	<i>YMOTFR</i> ___	<i>YTIGEF</i> ___	<i>YFRUTA</i> ___	

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção refere-se às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez nos últimos 7 dias, unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer.

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, pelo menos, 10 minutos seguidos no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C10

QDIA ___

C9) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTEM

Para responder as próximas questões considere que:

Atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;

Atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

C10) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

___ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO C12
(9) IGN

QDVIG ___

C11) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN

___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos

QTVIG

C12) Sem considerar as caminhadas, desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C14

QDMOD ___

<p>C13) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?</p> <p>____ hora(s) __ __ minutos TOTAL: __ __ minutos (888) NSA (999) IGN</p> <p>____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ ÷ ____ (dias) = ____ minutos</p>	<p><i>QTMOD</i> ____ _</p>																																								
<p>SE A RESPOSTA PARA AS QUESTÕES C8, C10 E C12 FOI "NENHUM" FAÇA A QUESTÃO C14, CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO C16."</p>																																									
<p>C14) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C17 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>UFEZ</i>__</p>																																								
<p>C15) Por que parou de praticar as atividades físicas?</p> <table border="0"> <tr> <td>Falta de tempo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td rowspan="10"><i>UFALTA</i> __</td> </tr> <tr> <td>Preguiça</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>USONO</i> __</td> </tr> <tr> <td>Não tinha local adequado</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>ULOCAL</i> __</td> </tr> <tr> <td>Se machucou</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UDOI</i> __</td> </tr> <tr> <td>Falta de dinheiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UNHERO</i> __</td> </tr> <tr> <td>Falta de companhia</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UCOMP</i> __</td> </tr> <tr> <td>Achava chato / não gostava</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UCHATO</i> __</td> </tr> <tr> <td>Outro _____</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td><i>UOUTR</i> __</td> </tr> <tr> <td>(8) NSA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(9) IGN</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>APÓS RESPONDER A QUESTÃO C15, PULE PARA A QUESTÃO C17</p>	Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim	<i>UFALTA</i> __	Preguiça	(0) Não	(1) Sim	<i>USONO</i> __	Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim	<i>ULOCAL</i> __	Se machucou	(0) Não	(1) Sim	<i>UDOI</i> __	Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim	<i>UNHERO</i> __	Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim	<i>UCOMP</i> __	Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim	<i>UCHATO</i> __	Outro _____	(0) Não	(1) Sim	<i>UOUTR</i> __	(8) NSA				(9) IGN				
Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim	<i>UFALTA</i> __																																						
Preguiça	(0) Não	(1) Sim			<i>USONO</i> __																																				
Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim			<i>ULOCAL</i> __																																				
Se machucou	(0) Não	(1) Sim			<i>UDOI</i> __																																				
Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim			<i>UNHERO</i> __																																				
Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim			<i>UCOMP</i> __																																				
Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim			<i>UCHATO</i> __																																				
Outro _____	(0) Não	(1) Sim			<i>UOUTR</i> __																																				
(8) NSA																																									
(9) IGN																																									
<p>C16) Qual desses motivos é o <u>principal</u> para que o(a) Sr(a) realize atividade física?</p> <p>(1) Orientação médica (2) Porque gosta (3) Porque acha importante para a saúde (4) Outro motivo – Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>QMOT</i> __</p>																																								
<p>C17) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>UVELH</i>__</p>																																								
<p>C18) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C20 (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>ULES</i> __</p>																																								
<p>C19) Qual?</p> <table border="0"> <tr> <td>(01) Diabetes</td> <td>(07) Algum tipo de câncer</td> <td rowspan="10"><i>UQLES</i>__ __</td> </tr> <tr> <td>(02) Doenças do coração</td> <td>(08) Hipertensão ou pressão alta</td> </tr> <tr> <td>(03) Paralisia</td> <td>(09) Asma e/ou bronquite</td> </tr> <tr> <td>(04) Problemas articulares</td> <td>(10) Outra _____</td> </tr> <tr> <td>(05) Problemas musculares</td> <td>(88) NSA</td> </tr> <tr> <td>(06) Fratura</td> <td>(99) IGN</td> </tr> </table>	(01) Diabetes	(07) Algum tipo de câncer	<i>UQLES</i> __ __	(02) Doenças do coração	(08) Hipertensão ou pressão alta	(03) Paralisia	(09) Asma e/ou bronquite	(04) Problemas articulares	(10) Outra _____	(05) Problemas musculares	(88) NSA	(06) Fratura	(99) IGN																												
(01) Diabetes	(07) Algum tipo de câncer	<i>UQLES</i> __ __																																							
(02) Doenças do coração	(08) Hipertensão ou pressão alta																																								
(03) Paralisia	(09) Asma e/ou bronquite																																								
(04) Problemas articulares	(10) Outra _____																																								
(05) Problemas musculares	(88) NSA																																								
(06) Fratura	(99) IGN																																								
<p>C20) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>UGOST</i>__</p>																																								

C21) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UPREG__
C22) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UDIN__
C23) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UMEDO__
C24) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UMIGO__
C25) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas? (0) Não (1) Sim (9) IGN	UTEMP__
AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O SR(A) REALIZAVA NA SUA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OS 10 E 19 ANOS DE IDADE	
C26) Sem considerar as aulas de Educação Física, o(a) Sr(a) esteve envolvido <u>NA ESCOLA</u> em equipes esportivas, com treinamentos e/ou competições ou grupos de dança, por no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não (1) Sim - Qual atividade esportiva? (9) IGN Futsal/Futebol de salão (0) Não (1) Sim (8) NSA Futebol de campo/Futebol de 7 (0) Não (1) Sim (8) NSA Basquete (0) Não (1) Sim (8) NSA Voleibol (0) Não (1) Sim (8) NSA Handebol (0) Não (1) Sim (8) NSA Atletismo (0) Não (1) Sim (8) NSA Natação (0) Não (1) Sim (8) NSA Dança (0) Não (1) Sim (8) NSA Ginástica olímpica/artística (0) Não (1) Sim (8) NSA Lutas (0) Não (1) Sim (8) NSA Outra: Qual? _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA	QESP__ QFUT__ QFUC__ QBAS__ QVOL__ QHAN__ QATL__ QNAT__ QDAN__ QGIN__ QLUT__ QOUT__
C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos? (0) Não → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28 (1) Sim - Qual atividade? (9) IGN Futsal/Futebol de salão (0) Não (1) Sim (8) NSA Futebol de campo/Futebol de 7 (0) Não (1) Sim (8) NSA Basquete (0) Não (1) Sim (8) NSA Voleibol (0) Não (1) Sim (8) NSA Handebol (0) Não (1) Sim (8) NSA Atletismo (0) Não (1) Sim (8) NSA Natação (0) Não (1) Sim (8) NSA Dança (0) Não (1) Sim (8) NSA Ginástica olímpica/artística (0) Não (1) Sim (8) NSA Lutas (0) Não (1) Sim (8) NSA Ginástica (0) Não (1) Sim (8) NSA Musculação (0) Não (1) Sim (8) NSA Caminhadas (0) Não (1) Sim (8) NSA Corridas (0) Não (1) Sim (8) NSA Andar de bicicleta (0) Não (1) Sim (8) NSA Outra: Qual? _____ (0) Não (1) Sim (8) NSA	QATIV__ QFUT2__ QFUC2__ QBAS2__ QVOL2__ QHAN2__ QATL2__ QNAT2__ QDAN2__ QGIN2__ QLUT2__ QGIN2__ QMUS2__ QCAM2__ QCOR2__ QBIC2__ QOUT2__

<p>SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM “NÃO”, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.</p> <p>C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?</p> <p>(0) Gostava (1) Obrigado (8) NSA (9) IGN</p>		<p>QAFAD ____</p>
AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO		
<p>C29) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>XHOSP ____</p>
<p>C30) Desde<TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico?</p> <p>(00) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C45</p> <p>Sim. Quantas vezes? ____</p> <p style="text-align: center;">SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31 SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34</p>		<p>XCONS ____</p>
<p>C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou?</p> <p>(01) Posto de Saúde (02) Pronto-Socorro (03) Ambulatório do hospital (04) Ambulatório da Faculdade (05) Ambulatório do Sindicato ou empresa (06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (07) Consultório Médico Particular (08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (09) Outro _____ (88) NSA (99) IGN</p>		<p>XONDE ____</p>
<p>C32) O médico lhe pediu algum exame?</p> <p>(0) Não→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>		<p>XPED ____</p>
<p>C33) Que tipo de exame?</p> <p>Sangue (0) Não (1) Sim Urina (0) Não (1) Sim Rx (0) Não (1) Sim Eletrocardiograma (ECG) (0) Não (1) Sim Ultrassonografia (ecografia) (0) Não (1) Sim Endoscopia (pela boca) (0) Não (1) Sim Colonoscopia (pelo ânus) (0) Não (1) Sim Tomografia Computadorizada (0) Não (1) Sim Ressonância Magnética (0) Não (1) Sim Biópsias (tecidos, secreções, raspados) (0) Não (1) Sim Outro _____ (8) NSA (9) IGN</p>		<p>XSAN ____ XURI ____ XRX ____ XECG ____ XECO ____ XEDA ____ XCOLO ____ XTC ____ XRM ____ XBIO ____ XEOUT ____</p>
<p>PULE PARA A QUESTÃO C40</p>		

C34) Onde foram estas consultas?

(01) Posto de Saúde.	Sim. Quantas vezes? ___ __	
(02) Pronto-Socorro.	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XLOC1</i> ___ __
(03) Ambulatório do hospital.	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XVEZES1</i> ___ __
(04) Ambulatório da Faculdade.	Sim. Quantas vezes? ___ __	
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa.	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XLOC2</i> ___ __
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XVEZES2</i> ___ __
(07) Consultório Médico Particular	Sim. Quantas vezes? ___ __	
(08) CAPS Centro de Atenção Psicossocial	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XLOC3</i> ___ __
(09) Outro _____	Sim. Quantas vezes? ___ __	<i>XVEZES3</i> ___ __
(88) NSA		
(99) IGN		

C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame?

- (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO *XXPED* ___
 (1) Sim (8) NSA

C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? ___ __

- (88) NSA (99) IGN *XXQC* ___ __

C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____?*XLOC1B* ___ __

Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>X1SAN</i> ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>X1URI</i> ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>X1RX</i> ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>X1ECG</i> ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>X1ECO</i> ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>X1EDA</i> ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>X1COL</i> ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>X1TC</i> ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>X1RM</i> ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>X1BIO</i> ___
Outro _____			<i>X1EOU</i> ___
(8) NSA			
(9) IGN			

AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO
CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34

C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34> _____?*XLOC2B* ___ __

Sangue	(0) Não	(1) Sim	<i>X2SAN</i> ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	<i>X2URI</i> ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	<i>X2RX</i> ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	<i>X2ECG</i> ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	<i>X2ECO</i> ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	<i>X2EDA</i> ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	<i>X2COL</i> ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	<i>X2TC</i> ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	<i>X2RM</i> ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	<i>X2BIO</i> ___
Outro _____			<i>X2EOU</i> ___
(8) NSA			
(9) IGN			

<p>C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>? _____</p> <p>Sangue (0) Não (1) Sim</p> <p>Urina (0) Não (1) Sim</p> <p>Rx (0) Não (1) Sim</p> <p>Eletrocardiograma (ECG) (0) Não (1) Sim</p> <p>Ultrassonografia (ecografia) (0) Não (1) Sim</p> <p>Endoscopia (pela boca) (0) Não (1) Sim</p> <p>Colonoscopia (pelo ânus) (0) Não (1) Sim</p> <p>Tomografia Computadorizada (0) Não (1) Sim</p> <p>Ressonância Magnética (0) Não (1) Sim</p> <p>Biópsias (tecidos, secreções, raspados) (0) Não (1) Sim</p> <p>Outro _____</p> <p>(8) NSA</p> <p>(9) IGN</p>	<p><i>XLOC3B</i> __ __</p> <p><i>X3SAN</i> ____</p> <p><i>X3URI</i> ____</p> <p><i>X3RX</i> ____</p> <p><i>X3ECG</i> ____</p> <p><i>X3ECO</i> ____</p> <p><i>X3EDA</i> ____</p> <p><i>X3COL</i> ____</p> <p><i>X3TC</i> ____</p> <p><i>X3RM</i> ____</p> <p><i>X3BIO</i>__</p> <p><i>X3EOU</i> ____</p>
<p>C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)?</p> <p>(0) Não (1) Sim (2) Não fez o exame pedido (8) NSA</p> <p>A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES</p> <p>C41) A Sra. está grávida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN</p>	<p><i>XPAG</i>__</p> <p><i>XGEST</i>__</p>
<p>FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES</p>	
<p>C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou?</p> <p>(1) Clínico geral (2) Psiquiatra</p> <p>(3) outro especialista – Qual: _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou?</p> <p>(01) Posto de saúde</p> <p>(02) Ambulatório de hospital</p> <p>(03) Consultório médico</p> <p>(04) CAPS</p> <p>(05) Ambulatório de plano de saúde</p> <p>(06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL</p> <p>(07) Pronto socorro (08) outros – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p>C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>SE SIM: Qual? _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo)</p> <p>C45) Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita?</p> <p>(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52</p> <p>(1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>SE SIM: Qual? _____</p> <p>(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p>	<p><i>PCONS</i>__</p> <p><i>PLOC</i>__ __</p> <p><i>PREC</i>__</p> <p><i>PQUAL</i>__ __</p> <p><i>PTOM</i>__</p> <p><i>PQUALT</i></p> <p>_____</p>

<p>C46) Quem indicou?</p> <p>(1) Toma por conta própria (2) Médico geral (3) Médico psiquiatra (4) Médico de outra especialidade _____ (5) Parente ou conhecido (6) Farmacêutico (7) Outra pessoa _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C47) Há quanto tempo toma? __ anos __ meses __ dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN</p> <p>C48) Como conseguiu o remédio da última vez?</p> <p>(1) Comprou na farmácia com receita médica (2) Comprou na farmácia sem receita médica (3) Comprou em farmácia de manipulação (4) Retirou na farmácia municipal (5) Outros _____(especificar) (8) NSA (9) IGN</p> <p>C49) Toma mais algum remédio para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM: Qual? _____(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)</p> <p>VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO</p> <p>C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego? (0) Não (1) Sim, mas já está empregado (2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN</p>	<p>PIND__</p> <p>PTEMP -----</p> <p>PCOMO _</p> <p>PMALG__</p> <p>PMAIS__ _ _</p> <p>PFAM__</p> <p>PERD__</p>
AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE	
<p>C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha?</p> <p>(0) Não Sim → SE SIM (1) TV (2) Rádio (3) Vizinha, amiga, parente (4) Posto, agente de saúde, médico (5) Mais de uma opção. Quais? _____ (8) NSA (9)IGN _____</p> <p>C53)O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha? (0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JCAMP__</p> <p>JTEST__</p>

<p>C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha? (0) Não (1) Sim Quantas? ___ (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JFZTS__ JQTAS__</p>
<p>C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue? 1^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN (SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME) 2^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN 3^o exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor ___ (888) NSA (999) IGN</p>	<p>JEX1__ __ __ JEX2__ __ __ JEX3__ __ __</p>
<p>C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JIMED__</p>
<p>C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JCONS__</p>
<p>C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 Sim → SE SIM (1) O exame confirmou o açúcar alto (2) O exame deu normal (3) Pedi, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JOTEX__</p>
<p>C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>JTTO__</p>
<p>C60) Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha: Açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JDIAB__ JHAS__ JGORD__</p>
<p>C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>JHIST__</p>
<p>C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar? (1) Posto de saúde (2) Ambulatório do hospital ou faculdade (3) Consultório médico particular ou convênio (4) Ambulatório de plano de saúde (5) Local não especificado (6) Outro local _____ (8)NSA</p>	<p>JOND__</p>
AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS	
<p>C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70 (1) Sim (9) IGN</p>	<p>CVAC__</p>

<p>C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003? (0) Serviço de saúde particular ou convênio (1) Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro (2) No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura (3) No local onde trabalha – empresa privada (4) Na farmácia (5) Outro local Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">PULE PARA A QUESTÃO C67</p> <p>C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003? (0) Quase nunca tenho gripe (1) A vacina é só para velhos (2) Gripe não é uma doença grave (3) A vacina não faz efeito (4) Vacina pode causar gripe (5) A vacina é injeção (6) Tenho alergia à vacina (7) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003? (0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal (1) Consulta médica ou posto de saúde (2) Local de trabalho (3) Amigo ou familiar (4) Outro Qual? _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe? (0) Não sei (1) duas vezes por ano (2) Uma vez por ano (3) De 2 em 2 anos (4) De 3 em 3 anos (5) De 10 em 10 anos (6) Uma vez na vida (7) Outra _____ (9) IGN</p>	<p><i>FEZVAC</i> __</p> <p><i>LUGVAC</i> __</p> <p><i>PQNAOVAC</i> __</p> <p><i>CSVAC</i> __</p> <p><i>FEZVACAP</i> __</p> <p><i>FREQVAC</i> __</p>
--	---

<p>C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS? (0) Não SIM → SE SIM (1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio (2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS (9) IGN</p> <p>C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?</p> <table border="0"> <tr> <td>Açúcar no sangue ou diabetes</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Pressão alta ou hipertensão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença do coração</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença crônica do pulmão</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Doença crônica de rins</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> <tr> <td>Tumor maligno ou câncer</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>(9) IGN</td> </tr> </table> <p>C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	<p>FOISS __</p> <p>DIAB __ HIPERT __ DCARD __ DPULM __ DRENAL __ CANCER __</p> <p>GRIFE __</p>
Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN																						
AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO																									
<p>C73) O(a) Sr(a) trabalha fora? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim</p> <p>C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho? (1) Vai a pé (2) Bicicleta (3) Motocicleta (4) Ônibus (5) Automóvel (6) Outro Qual? _____ (8) NSA</p> <p>SE A RESPOSTA <u>NÃO</u> FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO</p> <p>C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar? ___ dias. (8) NSA</p> <p>C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho? Observar o tempo <u>total</u> diário ___ hora(s) ___ minutos (888) NSA</p> <p>C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p> <p>C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>GTRAB __</p> <p>GTRANS __</p> <p>GDIAS __</p> <p>GTDIA __ __ __</p> <p>GCHUV __</p> <p>GCALOR __</p> <p>GFRIO __</p>																								

<p>C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	<p>GNOIT __</p>																																																								
<p>C81) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C84 (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE SIM Quantas vezes? __ __ vez(es) (88) NSA</p>	<p>GACID __ GQACI __ __</p>																																																								
<p>C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)? (1) Arranhão ou escoriação (2) Batida forte (3) Corte ou perfuração na pele (4) Fratura (quebra de osso) (5) Lesão de órgão interno (6) Outro machucado Qual? _____ (8) NSA</p>	<p>GGRAV __</p>																																																								
<p>C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente? (000) Nenhum __ __ __ Dia(s) (888) NSA</p>	<p>GFTRA __ __ __</p>																																																								
<p>C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.</p> <table border="0"> <tr> <td>Campainha (buzina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GCAMP __</td> </tr> <tr> <td>Refletor dianteiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRDIA __</td> </tr> <tr> <td>Refletor traseiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRTRA __</td> </tr> <tr> <td>Refletor lateral</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRLAT __</td> </tr> <tr> <td>Refletor nos pedais</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRPED __</td> </tr> <tr> <td>Espelho retrovisor ao lado esquerdo</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GRETR __</td> </tr> <tr> <td>Freio funcionando</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFREI __</td> </tr> <tr> <td>Farolete Dianteiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFARD __</td> </tr> <tr> <td>Farolete Traseiro</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>GFART __</td> </tr> </table>	Campainha (buzina)	(0) Não	(1) Sim	GCAMP __	Refletor dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GRDIA __	Refletor traseiro	(0) Não	(1) Sim	GRTRA __	Refletor lateral	(0) Não	(1) Sim	GRLAT __	Refletor nos pedais	(0) Não	(1) Sim	GRPED __	Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não	(1) Sim	GRETR __	Freio funcionando	(0) Não	(1) Sim	GFREI __	Farolete Dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GFARD __	Farolete Traseiro	(0) Não	(1) Sim	GFART __																					
Campainha (buzina)	(0) Não	(1) Sim	GCAMP __																																																						
Refletor dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GRDIA __																																																						
Refletor traseiro	(0) Não	(1) Sim	GRTRA __																																																						
Refletor lateral	(0) Não	(1) Sim	GRLAT __																																																						
Refletor nos pedais	(0) Não	(1) Sim	GRPED __																																																						
Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não	(1) Sim	GRETR __																																																						
Freio funcionando	(0) Não	(1) Sim	GFREI __																																																						
Farolete Dianteiro	(0) Não	(1) Sim	GFARD __																																																						
Farolete Traseiro	(0) Não	(1) Sim	GFART __																																																						
AGORA FALAREMOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS																																																									
<p>C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)</p> <table border="0"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MPIL __</td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCAMM __</td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCAMF __</td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MLIGA __</td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MVASE __</td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MDIU __</td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MDIAF __</td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MGEL __</td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabela</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MTAB __</td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MCOIT __</td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MTEMP __</td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MINJ __</td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MEMER __</td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td>MOUT __</td> </tr> </table> <p>(7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87 (8) NSA</p>	Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	MPIL __	Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	MCAMM __	Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	MCAMF __	Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	MLIGA __	Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	MVASE __	DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	MDIU __	Diafragma	(0) Não	(1) Sim	MDIAF __	Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	MGEL __	Método do Ritmo ou Tabela	(0) Não	(1) Sim	MTAB __	Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	MCOIT __	Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	MTEMP __	Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	MINJ __	“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	MEMER __	Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	MOUT __	<p>MNAD __</p>
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	MPIL __																																																						
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	MCAMM __																																																						
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	MCAMF __																																																						
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	MLIGA __																																																						
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	MVASE __																																																						
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	MDIU __																																																						
Diafragma	(0) Não	(1) Sim	MDIAF __																																																						
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	MGEL __																																																						
Método do Ritmo ou Tabela	(0) Não	(1) Sim	MTAB __																																																						
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	MCOIT __																																																						
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	MTEMP __																																																						
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	MINJ __																																																						
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	MEMER __																																																						
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	MOUT __																																																						

<p>C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos? (0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN</p> <p>C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas? a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas? a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST). (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas? a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos. (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C90) Quando começa um ciclo menstrual? (1) No primeiro dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No dia da ovulação (9) IGN</p> <p>C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre: (1) No 1º dia da menstruação (2) No último dia da menstruação (3) No 14º dia após o início da menstruação (4) No 14º dia após o término da menstruação (5) Igual em todos os dias do mês (9) IGN</p>	<p><i>MPROFS__</i></p> <p><i>MESQPIL__</i></p> <p><i>MHOPIL__</i></p> <p><i>MFUPIL__</i></p> <p><i>MPAPIL__</i></p> <p><i>MCREB__</i></p> <p><i>MCDST__</i></p> <p><i>MLIGIND__</i></p> <p><i>MLIGFI__</i></p> <p><i>MINCLO__</i></p> <p><i>MRISCO__</i></p>
--	--

<p>C92) O(a) Sr(a) tem filhos? (0) Não (9) IGN (1) Sim. Quantos? _____ (88) NSA (99) IGN Com que idade teve o 1º filho? _____ (88) NSA (99) IGN</p> <p style="text-align: center;">SE O ENTREVISTADO FOR <u>HOMEM</u></p> <p>C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida? (0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">SE O ENTREVISTADO FOR <u>MULHER</u></p> <p>C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional? (0) Não (8) NSA (9) IGN (1) Sim. Qual? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camisinha masculina (preservativo/condom)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Camisinha feminina</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ligadura de trompas (esterilização feminina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vasectomia (esterilização masculina)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DIU (Dispositivo Intra-Uterino)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diafragma</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Geléia Espermaticida</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coito Interrompido</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Temperatura basal/Muco cervical</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anticoncepcional Injetável</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)</td> <td>(0) Não</td> <td>(1) Sim</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(8) NSA</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim		Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim		Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim		Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim		Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim		DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim		Diafragma	(0) Não	(1) Sim		Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim		Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim		Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim		Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim		Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim		“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim		Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim		(8) NSA				<p>MTFIL__</p> <p>MNFIL__</p> <p>MPRIMF__</p> <p>MGINDH__</p> <p>MGINDM__</p> <p>MGIND__</p> <p>MGPIIL__</p> <p>MGCAMM__</p> <p>MGCAMF__</p> <p>MGLIGA__</p> <p>MGVASE__</p> <p>MGDIU__</p> <p>MGDIAF__</p> <p>MGGEL__</p> <p>MGTABE__</p> <p>MGCOIT__</p> <p>MGTEMP__</p> <p>MGINJ__</p> <p>MGEMER__</p> <p>MGOUT__</p>
Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim																																																											
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim																																																											
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim																																																											
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim																																																											
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim																																																											
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim																																																											
Diafragma	(0) Não	(1) Sim																																																											
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim																																																											
Método do Ritmo ou Tabela (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim																																																											
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim																																																											
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim																																																											
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim																																																											
“Pílula do dia seguinte” ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim																																																											
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim																																																											
(8) NSA																																																													
AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR <u>HOMENS E MULHERES</u> COM IDADE ATÉ <u>64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</u> AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO																																																													
<p>C95) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim</p> <p>C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde <MÊS> do ano passado? (0) menos de 5 ataques (1) 5 ataques ou mais (8) NSA (9) IGN</p>	<p>EDORC__</p> <p>EATAQ__</p>																																																												

<p>C97) De um modo geral, se o(a) Sr(a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram:</p> <p>(1) Até 4 horas (2) Mais de 4 horas a 3 dias (3) Mais de 3 dias (8) NSA (9) IGN</p> <p>C98) Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é:</p> <p>(1) Somente em um dos lados da cabeça (2) Às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça (3) Dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo (8) NSA (9) IGN</p> <p>C99) Essa dor de cabeça, de um modo geral, é:</p> <p>(1) Latejante/pulsátil (2) Em pressão ou aperto (3) Em fisgada ou pontada (4) Outro modo (8) NSA (9) IGN</p> <p>C100) Essa dor de cabeça, de um modo geral:</p> <p>(0) Não atrapalha suas atividades do dia-a-dia (1) Atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia (2) Atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia (8) NSA (9) IGN</p> <p>C101) Quando o(a) Sr (a) sente dor de cabeça:</p> <p>Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Ela piora na presença de luz ou claridade? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Ela piora com barulhos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>EDUR</i>__</p> <p><i>ELOC</i>__</p> <p><i>ETIP</i>__</p> <p><i>EATIV</i>__</p> <p><i>ENAU</i>__</p> <p><i>ECLAR</i>__</p> <p><i>EBARU</i>__</p> <p><i>EPIAT</i>__</p>
<p>AS QUESTÕES C102 A C110 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>HOMENS</u> COM <u>20 ANOS OU MAIS</u> AGORA FALAREMOS SOBRE RENDIDURA OU HÉRNIA NA VIRILHA</p>	
<p>C102) O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C105 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha? ___ ano(s) ___ meses</p> <p>C104) O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha? (000) Não Sim → SE SIM: Há quanto tempo? ___ ano(s) ___ meses (888) NSA (999) IGN</p> <p>C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>HERNIA</i> __</p> <p><i>HIMES</i>__ __ __</p> <p><i>HOPMES</i> ___</p> <p><i>HIHF</i>__</p>

<p>C106) Com que frequência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? (0) Nunca (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) Duas ou mais vezes por semana (8) NSA (9)IGN</p> <p>C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C109) Com que frequência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? (0) nunca (1) raramente (2) geralmente (3) sempre (8) NSA (9) IGN</p> <p>C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? ____ lances/dia (00) Se não utiliza escada diariamente (88) NSA (99) IGN</p> <p>QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.</p> <p>Horário do término da entrevista ____ : ____</p>	<p>HABD__</p> <p>HOBST__</p> <p>HTOSSE__</p> <p>HLVPSO__</p> <p>HSOBES__</p>
<p>AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 49 ANOS 11 MESES E 29 DIAS SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? (0)Não → PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN</p> <p>VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUAÇÕES. GOSTARIÁMOS DE SABER SOBRE <u>SENTIMENTOS</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUAÇÃO. SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.</p> <p>C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficou triste, com vontade de chorar? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com muita raiva de alguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou irritada, “briguenta” ou de mau humor? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito nervosa ou tensa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava muito confusa? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém? (0)Não (1)Sim (9) IGN - Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho? (0)Não (1)Sim (9) IGN 	<p>SMENS__</p> <p>STRIS__</p> <p>SRAIV__</p> <p>SIRIT__</p> <p>SNERV__</p> <p>SCONF__</p> <p>SISOL__</p> <p>SCANS__</p>

<p>VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUACÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUACÃO.</p> <p>SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUACÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.</p> <p>C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dor ou aumento de tamanho nos seios? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Inchaço nas mãos ou nas pernas? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Ganho de peso? (0) Não (1) Sim (9) IGN - Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos? (0) Não (1) Sim (9) IGN <p>C114) Algum dos problemas perguntados acima:</p> <p>Atrapalhou seu relacionamento em casa? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse à escola? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Precisou que faltasse ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN</p> <p>Outros problemas: _____</p> <p>C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN</p> <p>C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual? (0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN</p> <p>C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p>C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN</p> <p>C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar? (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>SEIOS</i> __</p> <p><i>SBARG</i> __</p> <p><i>SCABE</i> __</p> <p><i>SMAOP</i> __</p> <p><i>SGPES</i> __</p> <p><i>SDORJ</i> __</p> <p><i>SDIFA</i> __</p> <p><i>SFALS</i> __</p> <p><i>SFALT</i> __</p> <p><i>SDIF</i> __</p> <p><i>STPM</i> __</p> <p><i>STRAT</i> __</p> <p><i>SREME</i> __</p> <p><i>EMEN</i>__</p> <p><i>EPIL</i>__</p> <p><i>EAUM</i>__</p>
<p>AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE 20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</p> <p>AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO</p>	
<p>C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame? (0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C128 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>CCAN</i>__</p> <p><i>CPREC</i>__</p>

Instruções aos autores

Estas instruções estão baseadas na tradução do documento “Requisitos Uniformes para Manuscritos. Apresentados a periódicos Biomédicos”, publicada na Revista de Saúde Pública 1999;33(1). *No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento.*

A Revista de Saúde Pública é um periódico especializado, internacional, aberto à contribuições da comunidade científica nacional e internacional, arbitrada e distribuída a leitores do Brasil e de vários outros países.

Tem por finalidade publicar contribuições científicas originais sobre temas relevantes para a saúde pública, seja no âmbito do País, seja no âmbito internacional.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista de Saúde Pública, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, executando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. O(s) autor(s) deverá (ão) assinar e encaminhar declaração de acordo com o modelo no Anexo.

Os manuscritos poderão ser encaminhados em português, em inglês ou em espanhol, em quatro vias para o Editor Científico.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a produção mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, todos os trabalhos, quando submetidos à publicação, deverão ser acompanhados de documentos de

transferência de direitos autorais, contendo assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está no Anexo.

CATEGORIA DE ARTIGOS

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a Revista de Saúde Pública publica revisões, atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

Artigos Originais – São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras devem ser limitadas a cinco no conjunto, recomendando-se incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas.
- As referências Bibliográficas estão limitadas a 15, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada, havendo, todavia, flexibilidade. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento (“estado da arte”) que serão abordados no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de

seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da discussão.* A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Revisões - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras.

Atualizações – São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser de 3.000 palavras.

Notas e Informações- São relatos curtos decorrentes de estudos originais ou avaliativos. Podem incluir também notas preliminares de pesquisa, contendo dados inéditos e relevantes para a saúde pública.

- Devem ter de 800 a 1.600 palavras(excluindo tabelas, figuras e referências) uma tabela/figura e 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

Cartas ao Editor – Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na revista ou relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras e 5 referências.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados com por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver modelo anexo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção “Agradecimentos”. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste numero, os autores são listados no rodapé da página.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seus respectivos endereço, incluindo telefone, fax e e-mail.

PROCESSO DE JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

OS MANUSCRITOS SUBMETIDOS À Revista, que atenderem às “instruções aos autores” e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados aos Editores Associados que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados pelos Editores associados.

Cada manuscrito é enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho de Editores. Cópias de pareceres são encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de trocas entre eles.

Manuscritos recusados –Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses. Manuscritos recusados, mas com possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

PREPARO DOS MANUSCRITOS

- Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as “Instruções aos autores” da Revista.
- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letra arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho ofício, mantendo margens laterais de 3cm, espaço duplo, em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.
- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceitos para publicação deve ser encaminhada uma cópia impressa do manuscrito e uma em disquete 3/2, programa Word 95/97.
- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de Identificação – Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres,

para fins de legendas nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência, incluso e-mail, fone e fax. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentado. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumo e Descritores – Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no formato estruturado com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais, quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o narrativo, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser

incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário “Descritores em Ciências da Saúde”(LILACS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (Mesh), quando acompanharem os “Abstracts”. Se não forem encontrados descritores disponíveis para combinarem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

AGRADECIMENTOS

Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos “Agradecimentos” desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos e instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver (RSP, vol33(1)1999). Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al. Disponível em URL:<http://www.fsp.usp.br/rsp>

TABELAS

Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citados no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se

houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa. Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

FIGURAS – As ilustrações (fotografias), desenhos, gráficos, etc, citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais.

Mais informações: Disponível em **URL:**<http://www.fsp.usp.br>